



Ponderosa Pediatrics
Where Kids Come First

2120 Centerpointe West Drive
Prescott, AZ 86301
928-778-4581

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE (Apellido, Primero)		FECHA DE NACIMIENTO	SEXO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
DIRECCIÓN POSTAL		CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL	
TELÉFONO PRINCIPAL	TELÉFONO ALTERNATIVO	¿PODEMOS DEJAR UN MENSAJE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	IDIOMA PRINCIPAL

INFORMACIÓN DE GUARDIÁN

NOMBRE (Apellido, Primero)		NUMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
DIRECCIÓN (si es diferente del paciente)		CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL		VIVE CON PACIENTE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
TELÉFONO PRINCIPAL	TELÉFONO ALTERNATIVO	CORREO ELECTRÓNICO		
EMPLEADOR	TELÉFONO DE EMPLEADOR	RELACIÓN AL PACIENTE <input type="checkbox"/> PADRES <input type="checkbox"/> PADRASTRO/A <input type="checkbox"/> GUARDIAN		

INFORMACIÓN DE OTRO PADRE

NOMBRE (Apellido, Primero)		NUMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
DIRECCIÓN (si es diferente del paciente)		CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL		VIVE CON PACIENTE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
TELÉFONO PRINCIPAL	TELÉFONO ALTERNATIVO	CORREO ELECTRÓNICO		
EMPLEADOR	TELÉFONO DE EMPLEADOR	RELACIÓN AL PACIENTE <input type="checkbox"/> PADRES <input type="checkbox"/> PADRASTRO/A <input type="checkbox"/> GUARDIAN		

SEGURO PRIMARIO

NOMBRE DE ASEGURANZA MEDICA		NUMERO DE SEGURO	NUMERO DE GRUPO
NOMBRE DEL ASEGURADO		RELACIÓN AL PACIENTE	
FECHA DE NACIMIENTO DE ASEGURADO	SEXO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	EMPLEADOR DEL ASEGURADO	
COPAGO	DEDUCIBLE		

SEGURO SECUNDARIO

NOMBRE DE ASEGURANZA MEDICA		NUMERO DE SEGURO	NUMERO DE GRUPO
NOMBRE DEL ASEGURADO		RELACIÓN AL PACIENTE	
FECHA DE NACIMIENTO DE ASEGURADO	SEXO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	EMPLEADOR DEL ASEGURADO	
COPAGO	DEDUCIBLE		

LAS PERSONAS AUTORIZADAS A ACOMPAÑAR A SU HIJO/A PARA RECIBIR ATENCIÓN MEDICA
 Por favor haga una lista de personas que pueden acompañar a su hijo/a para tratamiento en el caso de que usted no pueda. Por las regulaciones de HIPPA, solo las personas notadas en esta lista podrán acompañar a su niño/a. Este permiso no permite el acceso al registro médico. Su firma abajo significa su aprobación de estas personas.

NOMBRE (Apellido, Primero)	RELACIÓN AL PACIENTE	Fecha de nacimiento	TELÉFONO PRINCIPAL
NOMBRE (Apellido, Primero)	RELACIÓN AL PACIENTE	Fecha de nacimiento	TELÉFONO PRINCIPAL
NOMBRE (Apellido, Primero)	RELACIÓN AL PACIENTE	Fecha de nacimiento	TELÉFONO PRINCIPAL
NOMBRE (Apellido, Primero)	RELACIÓN AL PACIENTE	Fecha de nacimiento	TELÉFONO PRINCIPAL
NOMBRE (Apellido, Primero)	RELACIÓN AL PACIENTE	Fecha de nacimiento	TELÉFONO PRINCIPAL

INFORMACIÓN DE FARMACIA

NOMBRE DE FARMACIA

DIRECCIÓN

OTRAS INFORMACIONES

<p>RACE:</p> <p><input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano</p> <p><input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hawaiano</p> <p><input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Otra Raza <input type="checkbox"/> Optar por no elegir</p> <hr/> <p>ETHNICITY:</p> <p><input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No es Hispano o Latino</p> <p><input type="checkbox"/> Optar por no elegir</p>	<p>¿COMO PREFIERE QUE LO CONTACTEMOS PARA CONFIRMAR CITAS PROGRAMADAS RESULTADOS DE LABORATORIO Y INFORMACION DE PACIENTE? (Seleccione todos los que apliquen)</p> <p><input type="checkbox"/> Llamado telefónica / Mensaje de voz</p> <p><input type="checkbox"/> Mensaje de texto</p> <p><i>Los confirmaciones se hacen como una cortesía. Usted sigue siendo responsable de mantener todas las citas programadas o cancelar 24 horas antes. Muchas Gracias.</i></p>
---	--

Estoy de acuerdo en que esta información es correcta y entiendo que debo presentar por escrito cualquier cambio en la información anterior. Yo entiendo que en dar mi información de seguro no garantiza el pago por mi seguro y que yo sere responsable del pago de los cargos no cubiertos por mi seguro medico.

Nombré del Paciente

Firma del Padre/Madre o Guardián

Nombré del Padre/Madre o Guardián

Fecha de hoy