



## Forma para actualizar información de la persona contacto en caso de Emergencia

Niño 1: Apellido(s): \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_ MI: \_\_\_\_ D.O.B.: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ sexo: \_\_\_\_

Niño 2: Apellido(s): \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_ MI: \_\_\_\_ D.O.B.: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ sexo: \_\_\_\_

Niño 3: Apellido(s): \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_ MI: \_\_\_\_ D.O.B.: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ sexo: \_\_\_\_

### **Contacto de emergencia #1:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_

¿Vive con el paciente? Sí / No                      Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Teléfono celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_                      Teléfono del Trabajo: (\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_                      Empleador: \_\_\_\_\_

### **Contacto de emergencia #2: (Otro que no sea el padre o tutor legal)**

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_

¿Vive con el paciente? Sí / No                      Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Teléfono celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_                      Teléfono del Trabajo: (\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_                      Empleador: \_\_\_\_\_

**Aviso de responsabilidad:** la información divulgada a Healthy Children solo se utilizará para operaciones, pagos y tratamientos de atención médica (45 CFR 164.501) que se define en términos generales como coordinación o gestión de atención médica y servicios relacionados por uno o más proveedores, incluida la coordinación o gestión de la atención médica de un proveedor con un tercero; consulta entre proveedores relacionados con un paciente; o referido de un paciente para recibir atención con otro proveedor.