



## Formulario de Registro de Pacientes – (Español)

**Niño 1:** Apellido(s): \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Idioma principal \_\_\_\_\_

Origen étnico: Hispano / no hispano / desconocido Raza: asiática/ black/ hawaiano/ blanco

### Padre o Tutor Legal #1:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con paciente: \_\_\_\_\_

¿Vive con el paciente? Sí / No Fecha de nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Seguro Social #: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Teléfono trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Numero de Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

E-mail Personal: \_\_\_\_\_ E-mail Trabajo: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

### Dirección donde recibe correspondencia:

\_\_\_\_\_  
(Calle o PO Box) (Ciudad de) (Estado y Zip)

Teléfono casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Numero de Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

¿Quién vive en este hogar? \_\_\_\_\_

### Información sobre el seguro:

**Póliza primaria:** Nombre del titular del Seguro/Poliza: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del titular: \_\_\_\_\_ Sexo del Titular: hombre / mujer

Aseguradora: \_\_\_\_\_ ID # \_\_\_\_\_ grupo # \_\_\_\_\_

**Póliza secundaria:** Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del titular de Póliza: \_\_\_\_\_ Seguro Social del Titular: \_\_\_\_\_

Aseguradora: \_\_\_\_\_ ID # \_\_\_\_\_ grupo # \_\_\_\_\_

**Farmacia de su Preferencia:** \_\_\_\_\_ **Dirección física:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **Número de Fax de la farmacia:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### Cómo prefiere ser contactado con respecto a (circule uno para cada uno):

**Problemas médicos:** Teléfono Personal / Teléfono del Trabajo / E-mail Personal / E-mail del Trabajo

**Recordatorios de citas:** Teléfono Personal / Teléfono del Trabajo / E-mail Personal / E-mail del Trabajo

**Avisos de "Recall":** Dirección de su Casa / Teléfono del Trabajo / Teléfono Personal / E-mail Personal



**Estados de cuenta o facturas:** Dirección de su casa / E-mail Personal / E-mail de Trabajo

**Avisos sobre la Oficina en general:** Dirección de su casa / E-mail Personal / E-mail de Trabajo

**Notificaciones sobre el Web Portal de Pacientes:** Teléfono celular hogar/ E-mail Personal / E-mail de Trabajo

**Padre/tutor #2:** Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con paciente: \_\_\_\_\_

¿Vive con el paciente? Sí / No      Fecha de nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Seguro Social #: \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Teléfono trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_      Numero de Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

E-mail Personal: \_\_\_\_\_      E-mail de Trabajo: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_      Ocupación \_\_\_\_\_

¿Deberíamos notificar también al contacto #2 sobre las listas de problemas médicos, recordatorios de citas, avisos de 'Recall', sobre facturas, avisos generales, y notificaciones sobre el Web Portal? **Si / No**

**Contacto de emergencia del Paciente, que no sean los Padres:**

Nombre y parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Preguntas del Contacto:**

¿Quién debe recibir estados de cuenta o facturas? \_\_\_\_\_

¿Desea que todos los contactos tengan acceso a los registros del paciente electrónicamente? **Sí o No**

**Si los padres están divorciados o separados por favor complete esta sección:**

1. ¿Existe alguna restricción legal que prohibiría al padre sin custodia a consentir sobre el tratamiento médico del niño o se le restrinja obtener información sobre el tratamiento médico del niño?

**Circule: Sí/No**

2. Que padre será responsable de dar el consentimiento sobre el curso del tratamiento médico y **coordinación de la atención (no incluyendo cirugía)?** \_\_\_\_\_

3. ¿Qué padre será responsable de dar consentimiento acerca del curso de tratamiento médico **incluyendo la cirugía y médicos invasivos** procedimientos?  
\_\_\_\_\_

**Consentimiento de tratamiento médico:** consiento Isidro Lopez MD PA y su personal para discutir, evaluar y divulgar cualquier información relacionada con el pago, tratamiento y operaciones de atención médicas relacionados con mi cuidado médico de niños, incluyendo preguntas de facturación. Entiendo que toda la información protegida de salud se utilizará para el tratamiento médico, coordinación de atención, evaluación y atención médica, y operaciones de salud relacionados con todas las necesidades médicas de mis hijos según las regulaciones de privacidad y seguridad de HIPAA. He leído, entendido y estoy acuerdo en seguir todas las directrices de Healthy Children.

**Padre/Tutor Legal:** \_\_\_\_\_ **Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Isidro Lopez, M.D. P.A.



Page 3

**Formulario de Registro de Paciente – (Español)**

**Anejo**

(Usar para cuando son más de un “sibling” hermano(a) bajo el mismo padre o tutor legal).

**Niño #2:** Apellido(s) \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Idioma Principal: \_\_\_\_\_

Origen étnico: Hispano / no hispano / desconocido Raza: asiática/ black/ hawaiano/ blanco

**Niño # 3** Apellido(s): \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Idioma Principal: \_\_\_\_\_

Origen étnico: Hispano / no hispano / desconocido Raza: asiática/ black/ hawaiano/ blanco

**Niño # 4:** Apellido(s): \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Idioma Principal: \_\_\_\_\_

Origen étnico: Hispano / no hispano / desconocido Raza: asiática/ black / hawaiano/ blanco

**Niño # 5:** Apellido(s): \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Idioma Principal: \_\_\_\_\_

Origen étnico: Hispano / no hispano / desconocido Raza: asiática/ black/ hawaiano/ blanco

**Niño # 6:** Apellido(s): \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Idioma Principal: \_\_\_\_\_

Origen étnico: Hispano / no hispano / desconocido Raza: asiática/ black/ hawaiano/ blanco