



Pediatric Clinic, P.A.

Gerald A. Stagg, MD, FAAP Joel D. Chapman, MD, FAAP
 J. Colton Bradshaw, MD, FAAP Marc E. Kimball, MD, FAAP
 Michael D. Henry, MD, FAAP Dana L. Rice, MD, FAAP
 Alban Tomaj, MD

PACIENTE	Primero	Entremedio	Ultimo	Apodo (si es asi)	Edad Ahora	Fecha de Nacimiento
	Dirección			Numero de Seguro Social	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Numero De Telefonó
	Raza: Blanco Afroamericano Indio Americano Asiático Nativo de Hawaii/Islas del Pacifico				Etnicidad: Hispano/Latino No-Hispano/Non-Latino Otro (o) No Determinado	
	Idioma Preferido: Ingles Español Otro					
PADRES/GUARDIAN	Nombre de Madre			Fecha de Nacimiento	Numero de Telefonó Casa Trabajaó Celular	
	Dirección (si diferente)		Numero de Seguro Social	Numero de licencia de Conducir	Telefono Alternativo Casa Trabajaó Celular	
	Empleador			Direccion de correo Electrónico		
	Nombre de Padre			Fecha de Nacimiento	Numero de Telefonó Casa Trabajaó Celular	
	Dirección (si diferente)		Numero de Seguro Social	Numero de licencia de Conducir	Telefono Alternativo Casa Trabajaó Celular	
	Empleador			Direccion de correo Electrónico		
	Responsible del Pago (si el padre es menor de 18 años)		Relación	Fecha de Nacimiento	Numero de Telefonó Casa Trabajaó Celular	
	Dirección (si diferente)		Numero de Seguro Social	Numero de licencia de Conducir	Telefono Alternativo Casa Trabajaó Celular	
	Empleador			Direccion de correo Electrónico		
	ASEGURANZA	Asegurancia Princiapl del Paciente		Nombre de Asegurado	Fecha de Nacimiento de Asegurado	Teléfono de Asegurado
Seguro Social del Asegurado		Numero de ID del Asegurado		Numero de Póliza		Relación a Paciente
Asegurancia Secundaria del Paciente		Nombre de Asegurado	Fecha de Nacimiento de Asegurado	Teléfono de Asegurado		
Seguro Social del Asegurado		Numero de ID del Asegurado		Numero de Póliza		Relación a Paciente
CONTACTOS DE EMERGENCIA	Nombre	Telefono		Nombre	Fecha de Nacimiento	
	Nombre	Telefono		Nombre	Fecha de Nacimiento	
	Nombre	Telefono		Nombre	Fecha de Nacimiento	
	Nombre	Telefono		Nombre	Fecha de Nacimiento	
			Hermanas/os			

Firma de Persona Responsable

Fecha

Firma de Actualización

Fecha

Firma de Actualización

Fecha

Firma de Actualización

Fecha

2001 N. Jefferson Medical Office Building, Suite 300

Mt. Pleasant, Texas 75455 903-572-9823 FAX 903-572-4812



CONSENTIMIENTO DEL PADRE PARA TRATAMIENTO

En acuerdo con la ley de Texas, la Clínica Pediátrica no proveerá la preocupación de salud a los menores a menos que un padre o madre le acompaña, un padre o madre provee un consentimiento escrito, o hay un curso que la clínica puede estar en contacto con el padre.

En Texas, un paciente está considerado un “menor” si él/ella está menor que la edad de 18, nunca está casado, o no ha sido declarado un menor legalmente emancipado.

Yo autorizo a las siguientes personas a buscar tratamiento médico para el siguiente niño(a) en mi ausencia.

Paciente/Hijo (a)

Paciente/Fecha de nacimiento del Hijo

Nombre/Relación

Número de Teléfono

Nombre/Relación

Número de Teléfono

Nombre/Relación

Número de Teléfono

Nombre/Relación

Número de Teléfono

Padre/Guardián Legal

Fecha