



PACIENTE	Primero		Entremedio		Ultimo		Apodo (si es asi)		Edad Ahora		Fecha de Nacimiento	
	Dirección						Numero de Seguro Social		Masculino ☐ 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 Trabajó Celular			
	Dirección (si diferente)				Numero de Seguro Social		Numero de licencia de Conducir		Telefono Alternativo Casa Trabajó Celular			
					Empleador		Direccion de correo Electrónico					
	Nombre de Padre						Fecha de Nacimiento		Numero de Telefonó Casa Trabajó Celular			
	Dirección (si diferente)				Numero de Seguro Social		Numero de licencia de Conducir		Telefono Alternativo Casa Trabajó Celular			
					Empleador		Direccion de correo Electrónico					
	Responsable del Pago (si el padre es menor de 18 años)				Relación		Fecha de Nacimiento		Numero de Telefonó Casa Trabajó Celular			
	Dirección (si diferente)				Numero de Seguro Social		Numero de licencia de Conducir		Telefono Alternativo Casa Trabajó Celular			
					Empleador		Direccion de correo Electrónico					
	ASEGURANZA	Aseguranza Principi 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		
Aseguranza 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		

De acuerdo con la ley de Texas, la Clínica Pediátrica no brindará atención médica a menores a menos que un padre los acompañe, un de los padres brinde su consentimiento por escrito o se proporcione una formulario para que la clínica se comunique con los padres. En Texas, el paciente se considera un "menor" si el/ella es menor 18 años, nunca ha estado casado o no ha sido declarado menor de edad legalmente emancipado.

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

NO PARENTAL CONTACTOS	Nombre		Relación		Telefono			Nombre		Relación		Telefono	
	Nombre		Relación		Telefono			Nombre		Relación		Telefono	

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