



Registracion del paciente

Niño 1: Apellido: _____ Nombre: _____
Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Sexo: _____ Idioma: _____

Grupo Etnico :Hispano/ No-Hispano /Desconosido Raza: Asiatico/Negro/ Hawaiano /Blanco

Niño 2: Apellido: _____ Nombre: _____
Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Sexo: _____ Idioma: _____

Grupo Etnico: Hispano/ No-Hispano /Desconosido Raza: Asiatico/Negro/ Hawaiano /Blanco

Niño 3: Apellido: _____ Nombre: _____
Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Sexo: _____ Idioma: _____

Grupo Etnico: Hispano/ No-Hispano/Desconosido Raza: Asiatico/Negro/ Hawaiano /Blanco

Niño 4: Apellido: _____ Nombre: _____
Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Sexo: _____ Idioma: _____

Grupo Etnico : Hispano/ No-Hispano /Desconosido Raza: Asiatico/Negro/ Hawaiano /Blanco

Direccion

(Calle o Po Box)

(Ciudad)

(Estado y Codigo Postal)

Telefono: (___) ___ - _____

Quien vive en casa? _____



Informacion de contactos

Contacto Principal:

Nombre: _____ Parentesco al paciente: _____
Vive con el paciente? Si/ No Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Seguro Social #: ___ - ___ - ___
Num. del trabajo: (___) ___ - _____ Cel: (___) ___ - _____
Correo Electronico: _____ Correo Electronico del Trabajo: _____
Empleador: _____ Ocupacion: _____

Contacto 2:

Nombre: _____ Parentesco al paciente: _____
Vive con el paciente? Si/ No Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Seguro Social #: ___ - ___ - ___
Num. del trabajo: (___) ___ - _____ Cel: (___) ___ - _____
Correo Electronico: _____ Correo Electronico del Trabajo: _____
Empleador: _____ Ocupacion: _____

CONTACTOS EN CASO DE EMERGENCIAS, APARTE DE LOS PADRES:

1: _____
Nombre Parentesco Tel: () -
2: _____
Nombre Parentesco Tel: () -

PERMISO PARA DEJAR MENSAJES DE VOZ

En cumplimiento con las leyes de HIPPA y el esfuerzo de proteger la privacidad de su familia, Redbud Pediatrics requiere permiso para dejar mensajes en su telefono aserca de resultados de laboratorio, citas, referencias a especialistas o informacion acerca de su aseguranza. Al firmar este documento usted le da a Redbud Pediatrics concentimiento de dejar mensajes detallados en todos los numeros de telefono mencionados previamente. Favor de especificar los numero de telefono al **que no quiere que dejemos mensajes de Voz.**

() - _____
() - _____



Póliza para comunicarnos con familias separadas

Redbud Pediatrics, LLC

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Redbud Pediatrics entiende que algunos de nuestros pacientes vienen de familias de padres divorciados, solteros o padres separados, o con otros familiares que involucran a cuidadores multiples. Este documento nos ayudara a comunicarnos con su familia apropiadamente.

1. Esta la mama y el papa legalmente casados? Si/No Si, si favor de parar aqui y firmar abajo.

2. Si no, quien tiene la custodia legal del nino?

Madre: (Nombre) _____

Padre: (Nombre) _____

Compartida: (Marcar a los dos padres y escriba los nombres)

Otro: _____

3. Existen acciones legales que restringen a los padres que no tienen la custodia, de tener acceso a la informacion de tratamiento del paciente?

Si / No

4. Si si, favor de explicarnos

5. Si si, Favor de mostrarnos una copia del documento legal, que demuestren las restricciones mencionadas,

_____Mostradas hoy

_____Las mandare por correo o Fax

Al firmar este documento entiendo que Redbud Pediatrics, LLC No tiene la autoridad legal de restringir acceso legitimo a los expedientes medicos del paciente a padres o guardianes. Almenos que los documentos apropiados se nos sean entregados. Tambien entiendo que no es responsabilidad de Redbud Pediatrics de ser el mediador entre padres que fallan en comunicarse entre ellos acerca del cuidado medico de sus hijos.

Firma del Padre/Madre: _____ Fecha: _____



CONSENTIMIENTO PARA UN CUIDADOR SUPLENTE

Yo autorizo alas siguientes personas de traer a mis hijos a sus citas con el medico.

(Aparte de los padres)

Nombre: _____ Parentesco al nino(a) _____

Nombre: _____ Parentesco al nino(a): _____

Nombre: _____ Parentesco al nino(a): _____

Nombre: _____ Parentesco al nino(a): _____

Yo doy fe que los nombres mencionados son mayores de 18 años .

Yo autorizo alas personas mencionadas para que den concentimiento a cualquier tratamiento medico a mis hijos. Esto puede incluir pero no esta limitado al concentimiento a medicamentos necesarios, vacunas, procedimientos, y hospitalizaciones. Redbud Pediatrics puede transmitir cualquier informacion medica, incluyendo informacion de salud protegida aserca de mi hijo(a) que sea necesaria alas personas mencionadas para proveer el tratamiento necesario.

Yo entiendo que el doctor(a) comunicara lo encontrado en el momento de la cita y el plan de tratamiento ala persona que traiga a mi hijo(a) y bajo la mayoria de las circunstancias una llamada de seguiemiento asia mi no sera necesaria. Se que soy responsable por cualquier cuota que se presenten por los servicios pedidos por la persona que traiga a mi hijo(a) siempre y cuando mi aseguransa lo permita.

Sostengo que Redbud Pediatrics, LLC, y sus empleados son inofensivos por cualquier desacuerdo entre las personas mencionadas y yo aserca de las decisiones tomadas aserca del tratamiento de mi hijo(a) .

Doy fe que soy el padre/el tutor legal de los siguientes niños, y que tengo autoridad legal de firmar este acuerdo. Tambien entiendo que puedo revocar estas autorizaciones en cualquier momento para una o todas las personas mencionadas.

Niños cubiertos por este acuerdo (Nombrar el nombre completo y fecha de nacimiento):

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

Nombre del padre/tutor legal: _____ Fecha: _____

Firma: _____