



Información de los Pacientes Pediátricos

Nombre del Paciente:			Fecha de Nacimiento:		
Sexo: H / M	Raza:	SS# :	Origen Étnico: Hispano(a) / No Hispano(a)		
Nombre del Paciente:			Fecha de Nacimiento:		
Sexo: H / M	Raza:	SS# :	Origen Étnico: Hispano(a) / No Hispano(a)		
Nombre del Paciente:			Fecha de Nacimiento:		
Sexo: H / M	Raza:	SS# :	Origen Étnico: Hispano(a) / No Hispano(a)		
Nombre del Paciente:			Fecha de Nacimiento:		
Sexo: H / M	Raza:	SS# :	Origen Étnico: Hispano(a) / No Hispano(a)		
Dirección:		Ciudad:		Estado:	
Numero de Telefono:		Farmacia Preferida:		Ubicación :	

Informacion de los Padres o Guardianes Legal

Nombre de la Madre:		Numero de telefono:			
# Seguro Social:	Fecha de nacimiento:	# De Licencia de Conducir:			
Nombre del Padre:		Numero de telefono:			
# Seguro Social:	Fecha de nacimiento:	# De Licencia de Conducir:			
Contacto en caso de alguna emergencia:			Numero de telefono:		

Informacion De Aseguransa Medica

Nombre de Aseguransa:					
Numero de Identificacion:			Numero de Grupo:		
Nombre del que Mantiene la Poliza:					
Fecha de Nacimiento:			Seguro Social:		
Nombre de Trabajo de quien Mantiene la Poliza:					

HIPAA (Privacidad)

Yo, afirmo que me han dado la oportunidad de recibir una copia de la Poliza de Privacidad de el consultorio Fox Valley Women & Children's Health Partners.

Firma Del Paciente/ Padres o guardian legal: _____ | Fecha: _____

Consentimiento

Yo autorizo a los doctores o enfermeras de Fox Valley Women & Children's Health Partners a que manden informacion medica incluyendo resultados relacionado con mi colleccion y tratamiento medico, ya se a mi doctor primario o a la aseguransa. Yo entiendo que soy responsable de todos los cobros que no cubra mi aseguransa. Al yo firmar les estoy dando mi consentimiento y pueden usar esta firma cuantas veces sea necesario.

Firma Del Paciente/ Padres o guardian legal: _____ | Fecha: _____

Consentimiento Parental

Yo doy permiso para que mi hija(o) reciba tratamiento medico cuantas veces sea necesario en Fox Valley Women & Children's Health Partners. Hacia abajo esta una lista de guardianes o personas que tienen mi consentimiento para acompañar a mi hija(o). Ellos (as) tienen la autorisacion de participar en decidir los planes para mi hija(o) durante mi ausencia.

Nombre:	Relacion al Paciente:
Nombre:	Relacion al Paciente:
Nombre:	Relacion al Paciente:

Firma Del Paciente/ Padres o guardian legal: _____ | Fecha: _____