



<b>Información Del Paciente</b>		
Nombre del Paciente:		Fecha de Nacimiento:
Dirección:		Ciudad:
Código postal:	Estado:	Lengua Primaria:
Numero de telefono (Casa):	Trabajo:	Celular:
Sexo: H / M	Raza:	Seguro Social del Paciente:
Origen Étnico: Hispano(a) / No Hispano(a)		Correo electrónico:
Directiva por Anticipado: Si / No	Nombre de Farmacia:	Ubicación:
<b>Información De Aseguransa Medica</b>		
Nombre de Aseguransa:		
Numero de Identificación:		Numero de Grupo:
Nombre del que mantiene la Poliza:		
Fecha de Nacimiento:		Seguro Social:
Nombre de trabajo de quien mantiene la Poliza:		
<b>HIPAA (Privacidad)</b>		
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:
<b>Consentimiento</b>		
Yo autorizo a los doctores o enfermeras de Fox Valley Women & Children's Health Partners a que manden información medica incluyendo resultados relacionado con mi colección y tratamiento medico, ya se a mi doctor primario o a la aseguransa. Yo entiendo que soy responsable de todos los cargos medicos cubra o no cubra mi aseguransa. Al firmar, yo les estoy dando mi consentimiento y pueden usar esta firma cuantas veces sea necesario.		
Firma Del Paciente/ Padres o guardian legal:		Fecha:
<b>Informacion de los Padres o Guardianes Legal (solo si paciente es menor de 18 años)</b>		
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:
<b>Consentimiento Paternal</b>		
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 autoridad de participar en decidir el plan de cuidado 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: