

PERSONAL CARE PEDIATRICS

Patient Demographics

Last Name Apellido				First Name Nombre				
DOB Fecha de nacimiento				Sex Sexo	Male Masculino		Female femenino	
Ethnicity: Circle one	Hispanic	Non-Hispanic		Race: Circle one	Asian	Black	Hawaiian	White

For additional children please add them on the back---- Para niños adicionales por favor añadirlos en la parte posterior

MAILING ADDRESS (DIRECCIÓN)	PHONE NUMBER (NUMERO DE TELEFONO)	WHO LIVES IN THE HOUSEHOLD (Quien vive en el hogar)
	(1)	
	(2)	

INSURANCE---POLICY HOLDER'S INFORMATION---- INFORMACION DE PERSONA RESPONSABLE DE SEGURO MEDICO	
Name of Insurance Company (nombre del seguro)	
Policy ID number (número de seguro)	
Primary policy holder's name (nombre de primario del seguro)	
Date of birth (fecha de nacimiento)	
SSN (número de seguro social)	
Phone number (número de teléfono)	
Address (dirección)	

PRIMARY CONTACT FOR CHILD (CONTACTO PRIMARIO DEL NIÑO)	SECONDARY CONTACT FOR CHILD (CONTACTO SECONDARIO)
Name (nombre)	
Relationship to Child: (Relación con el niño)	
Date of birth: (fecha de nacimiento)	
SSN (número de seguro social)	
Phone Number (número de teléfono) Circle: cell, home, work	C---H---W
Email address: (correo electrónico)	
Employer: (empleador)	
Occupation: (Ocupación)	

PREFERRED CONTACT METHODS , THESE OPTIONS ARE ONLY FOR PRIMARY CONTACT ON CHILD'S ACCOUNT, UNLESS REQUESTED FOR SECONDARY CONTACT AS WELL	
formas de comunicación	Please circle how would you like to be contacted if option given, only choose one option
Medical Issues Problemas médicos	Cell phone or Home phone Teléfono celular o teléfono de casa
Appointment Reminders Recordatorios de citas:	Text message E-mail Cell phone Home phone Mensaje de texto E-mail Teléfono celular Teléfono de la casa
Recalls Recuerda	You will be contacted by E-mail Nos comunicaremos con usted por E-mail
General Notices Avisos generales	You will be contacted by E-mail Nos comunicaremos con usted por E-mail

PORTAL AUTHORIZATIONS –PLEASE ANSWER CORRECTLY AS THIS MAY AFFECT THE ABILITY TO VIEW YOUR CHILD’S MEDICAL RECORDS FROM OUR PORTAL					
AUTORIZACIONES PORTAL -POR FAVOR RESPONDA CORRECTAMENTE YA QUE PUEDE AFECTAR LA CAPACIDAD DE VER EL HISTORIAL MÉDICO DE SU HIJO DE NUESTRA PORTAL					
CIRCLE ONE FOR CONTACT 1 CIRCULO UNO DE CONTACTO 1			CIRCLE ONE FOR CONTACT 2 CIRCULO UNO DE CONTACTO 2		
Contact 1	EXCLUSIVE (has full custody of child)	EXCLUSIVO (tiene la custodia de los niños)	Contact 2	EXCLUSIVE (has full custody of child)	EXCLUSIVO (tiene la custodia de los niños)
	JOINT (has joint custody with parent)	CONJUNTO (tiene la custodia compartida con los padres)		JOINT (has joint custody with parent)	CONJUNTO (tiene la custodia compartida con los padres)
				EMERGENCY ONLY (can bring child or we may contact them in case of emergency)	EMERGENCIA SOLAMENTE (puede traer niño o podemos contactar con ellos en caso de emergencia)

If you are the patient’s legal guardian we will need a copy of the legal documents to scan into the child’s chart (Si usted es el tutor legal del paciente necesitaremos una copia de los documentos legales para explorar en la historia clínica del niño)

Privacy Restrictions please check one

- No restrictions expressed: Okay to leave messages/send mail (No hay restricciones: Puede dejar mensajes o enviar correo)
- Restricted: Person to person with patient/guardian only (Restringido: Persona a persona con solo paciente o tutor)
- Restricted may not disclose information to: _____
Restringido solo puede revelar la información a:

CHILD 2						
Last Name Apellido				First Name Nombre		
DOB Fecha de nacimiento				Sex Sexo	Male Masculino	Female femenino
Hispanic	Non-Hispanic	Race: Circle one	Asian	Black	Hawaiian	White
Insurance Name nombre del seguro				ID Number número de seguro		

CHILD 3						
Last Name Apellido				First Name Nombre		
DOB Fecha de nacimiento				Sex Sexo	Male Masculino	Female femenino
Hispanic	Non-Hispanic	Race: Circle one	Asian	Black	Hawaiian	White
Insurance Name nombre del seguro				ID Number número de seguro		

CHILD 4						
Last Name Apellido				First Name Nombre		
DOB Fecha de nacimiento				Sex Sexo	Male Masculino	Female femenino
Hispanic	Non-Hispanic	Race: Circle one	Asian	Black	Hawaiian	White
Insurance Name nombre del seguro				ID Number número de seguro		

CHILD 5						
Last Name Apellido				First Name Nombre		
DOB				Sex/sexo	Male	Female
Hispanic	Non-Hispanic	Race: Circle one	Asian	Black	Hawaiian	White
Insurance Name nombre del seguro				ID Number número de seguro		