



Formulario de Registro de Pacientes

PATIENT LABEL HERE

REGISTRO: INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
Apellido Nombre

Género de nacimiento: Hembra Varón | Pronombres Preferidos: ella/ she/ her/ hers el/ he/ him/ his ellos/ they/ them/ theirs Otro _____

Domicilio: _____

Ciudad/Estado/Código: _____ SSN: _____

Teléfono Primario: (____) _____ *¿cómo preferiría recibir recordatorios de citas?:* Llamada Texto

No. de Casa Teléfono Móvil de Mamá Teléfono Móvil de Papá Teléfono Móvil del Paciente Otro _____

Correo Electrónico: _____ Paciente Otro _____

PADRE/ GUARDIAN PRINCIPAL

PADRE/ GUARDIAN SECUNDARIO

Apellido Nombre

Apellido Nombre

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

SSN: _____ Hembra Varón

SSN: _____ Hembra Varón

Mismo Domicilio

Mismo Domicilio

Domicilio: _____

Domicilio: _____

Ciudad Estado Código Postal

Ciudad Estado Código Postal

(____) _____ Primario

(____) _____ Primario

No. De Teléfono de Casa

No. De Teléfono de Casa

(____) _____ Primario

(____) _____ Primario

No. De Teléfono Móvil

No. De Teléfono Móvil

*Marcar aquí si gustaría recibir correos de voz en este número Si No

*Marcar aquí si gustaría recibir correos de voz en este número Si No

Correo Electrónico: _____

Correo Electrónico: _____

Relación con el Paciente: Padre Padre "Foster" Padrastro/ Madrastra Otro: _____

Relación con el Paciente: Padre Padre "Foster" Padrastro/ Madrastra Otro: _____

¿Tiene usted la custodia legal del paciente? Si No

¿Tiene usted la custodia legal del paciente? Si No

Estado Civil: Soltero/a Casado/a Compañero/a

Estado Civil: Soltero/a Casado/a Compañero/a

Divorciado/a Viudo/a

Divorciado/a Viudo/a

Ocupación & Empleador: _____

Ocupación & Empleador: _____

Teléfono de Trabajo: (____) _____

Teléfono de Trabajo: (____) _____

CONTINUAR ATRÁS

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

HERMANOS/ OTROS NIÑOS EN CASA

Nombre de Hermano/a: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Es Nuestro Paciente? Si No
 Apellido Nombre

Nombre de Hermano/a: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Es Nuestro Paciente? Si No
 Apellido Nombre

Nombre de Hermano/a: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Es Nuestro Paciente? Si No
 Apellido Nombre

Nombre de Hermano/a: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Es Nuestro Paciente? Si No
 Apellido Nombre

CONTACTO DE EMERGENCIA (fuera del hogar)

Nombre: _____ Relación con el Paciente: _____
 No. de teléfono: (____) _____ Primario Otro No. de teléfono: (____) _____ Primario
 *Favor de preguntar sobre la Autorización de Delegado para una autorización de largo plazo.

INFORMACIÓN DE SEGURO MEDICO Sin Seguro Medico (Pagar de su Bolsillo)**SEGURO MÉDICO PRIMARIO**

- Oregon Health Plan/ OHP/Medicaid
 Seguro Médico a través de su empleador

Nombre de la Compañía: _____

Titular de Póliza: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

No. de Identificación: _____

No. de Grupo: _____ Fecha Efectiva: _____

SEGURO MÉDICO SECUNDARIO

- Oregon Health Plan/ OHP/Medicaid
 Seguro Médico a través de su empleador

Nombre de la Compañía: _____

Titular de Póliza: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

No. de Identificación: _____

No. de Grupo: _____ Fecha Efectiva: _____

FAVOR DE LEER Y FIRMAR

Autorización para el tratamiento: Con mi firma reconozco que yo, el paciente o representante legal del paciente, voluntariamente pide a los profesionales de salud y personal autorizado de Clackamas y Oregon Pediatrics, que proporcionen los exámenes médicos necesarios y razonables incluyendo exámenes y tratamientos, procedimientos terapéuticos y diagnósticos para las condiciones las cuales me traen a esta clínica en busca de cuidado médico. Yo estoy de acuerdo permitir los exámenes de laboratorio, fotografías para el tratamiento y/o para razones de reporte, tratamiento médico de rutina (ej. Medicaciones, inyecciones, vacunas y pruebas de sangre) y procedimientos de emergencia como sean necesarios. Con la excepción de emergencias que amenazan la vida, yo seré informado sobre tratamientos adicionales que sean recomendados y la naturaleza de estos procedimientos, tratamientos alternativos y los riesgos asociados con el tratamiento. Yo tengo la oportunidad de hacer preguntas y recibir respuestas, con la posibilidad de dar consentimiento adicional. Tengo la intención de que este consentimiento sea de naturaleza continua y se mantendrá en efecto hasta que lo revoque en escrito. Entiendo que tengo el derecho de discontinuar los servicios en cualquier momento.

Asignación de Beneficios: Con mi firma reconozco que en consideración a los servicios recibidos de los profesionales de salud y personal autorizado de Clackamas y Oregon Pediatrics, yo permito dicho personal facturar a todos los planes de seguros aplicables por los servicios recibidos y asigno todos los beneficios para que Clackamas y Oregon Pediatrics sean pagados directamente. Yo estoy de acuerdo pagar por todos los servicios que no sean cubiertos o que no sean elegibles por el seguro. Una copia de esta Asignación será considerada tan efectiva y valida como el original.

Menores: Con mi firma yo reconozco tener el entendimiento que los pacientes menores de 15 años, en la mayoría de las situaciones, deben ser acompañados por un adulto autorizado cuando buscan cuidado médico con Clackamas y Oregon Pediatrics. Pacientes y representantes legales pueden autorizar a otras personas que actúen en su nombre llenando el formulario "Autorización de Delegado." Antes de obtener estos requisitos, las citas programadas correrán el riesgo de tener que ser canceladas/reprogramadas.

Póliza Financiera: Con mi firma reconozco que he recibido una copia de la póliza financiera de Clackamas y Oregon Pediatrics, y lo he leído entendido y aceptado los términos.

X _____
 Firma del Paciente/ Padre/ Representante Legal

 Relación con el Paciente

____/____/____
 Fecha