

Nightlight Pediatric Urgent Care Registro del Paciente

Apellido del paciente _____	Primer Nombre _____	Segundo Nombre _____
Fecha de Nacimiento _____	Genero M () F () _____	Segundo Nombre _____
Apellido del paciente _____	Primer Nombre _____	Segundo Nombre _____
Fecha de Nacimiento _____	Genero M () F () _____	Segundo Nombre _____
Apellido del paciente _____	Primer Nombre _____	Segundo Nombre _____
Fecha de Nacimiento _____	Genero M () F () _____	Segundo Nombre _____
Dirección _____ Apt # _____		
Ciudad _____	Estado _____	Código Postal _____

Correo electrónico Dirección : _____

Por Favor Marque Uno: Confidencial Le da acceso a registros médicos

Casa Le da acceso solo al boletín informativo

Como se enteró de nuestra practica (seleccioné todo lo que apliqué)?

<input type="radio"/> Enfermera de la escuela	<input type="radio"/> Valla publicitaria móvil o cartelera móvil	<input type="radio"/> Medios de comunicación social
<input type="radio"/> Atención urgente	<input type="radio"/> Bolsas de directorio de niños	<input type="radio"/> Conducir por
<input type="radio"/> Familia/Amigo	<input type="radio"/> Anuncio/Evento de Houston Gallería	<input type="radio"/> Revista
<input type="radio"/> Seguro	<input type="radio"/> Guardería	<input type="radio"/> Medico
<input type="radio"/> Buscador de Internet	<input type="radio"/> Anuncio de cine	<input type="radio"/> Waze anuncios
		<input type="radio"/> Evento (Por favor especificar)

Principal queja/razón para Visita? _____

Nombre del Pediatra _____ No. De teléfono del pediatra _____

Raza: (circule uno) Indio Americano/Nativo de Alaska Asiático Afroamericano Originario de Hawái/ Otra Isla de Pacifico Angloamericano Otro

Etnia (circulo uno) Hispanos o latinos No hispanos o latinos

Nombre de su Madre _____ Fecha de nacimiento _____

Teléfono(Casa) _____ Teléfono (Trabajo) _____ Ext _____ Teléfono(Celular) _____

Empleador _____

Nombre de su Padre _____ Fecha de nacimiento _____

Teléfono(Casa) _____ Teléfono(Trabajo) _____ Ext _____ Teléfono(Celular) _____

Empleador _____

Dirección de la madre o del padre (si es diferente de arriba) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Seguro primario:

Nombre en la Póliza de seguro _____ Fecha de nacimiento de el titular de póliza _____

Nombre de seguro _____

Seguro secundario:

Nombre en la Póliza de Seguro _____ Fecha de nacimiento de el titular de póliza _____

Nombre de seguro _____

Farmacia Nombre: _____

Dirección o Cruz Calle: _____ Teléfono _____

Nightlight Pediatric Urgent Care Consentimiento y Firma

Nombre del Paciente: _____ Nombre del Paciente: _____

Nombre del Paciente: _____ Nombre del Paciente: _____

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Yo tengo el derecho legal y la responsabilidad de obtener y conceder permiso para tratamiento de salud o cirugía para este paciente. Autorizo voluntariamente y doy mi consentimiento para que se brinde la atención médica, tratamiento y se realicen los análisis para diagnóstico que Nightlight Pediatric Urgent Care considere necesarios para mi hijo/hija. Yo entiendo que firmando esta forma, y trayendo mi hijo/hija a esta oficina estoy dando permiso para que los doctores u otros proveedores médicos le den tratamiento médico a mi hijo/hija siempre y cuando el/ella sea paciente de esta oficina

Delegación De Consentimiento

(esta sección Es Opcional. Incluyen Adultos aparte de los padres/guardianes legales)

Yo doy autorización (cuando yo no esté disponible Para Dar consentimiento) a las Sigüientes persona(s):

_____ Nombre De Persona	_____ Relación al Paciente
_____ Nombre De Persona	_____ Relación al Paciente
_____ Nombre De Persona	_____ Relación al Paciente

de poder autorizar cualquier y todo el cuidado médico que sea necesario y apropiado por un profesional médico con licencia en el estado de Texas. Este consentimiento incluye intervención médica, quirúrgica, y electiva como también cuidados de emergencia. Esta delegación será válida hasta que yo decida retirarla

RECONOCIMIENTO POR ESCRITO AL RECIBO DEL AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Al firmar abajo usted acepta que ha recibido el Aviso de Practicas de Privacidad ("Aviso"). El aviso explica como Nightlight Pediatric Urgent Care puede utilizar y divulgar la información médica protegida de su hijo/hija para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención a la salud. La "información médica protegida" significa la información médica personal que se encuentra en sus registros médicos y de facturación. Su firma abajo es solo para reconocer que a RECIVIDO el Aviso. Si tiene preguntas en cuanto a el Aviso, por favor comuníquese con el/la Oficial de Privacidad de la oficina.

DECLARACION DE RESPONSABILIDAD DEL GARANTE

He recibido una copia de la póliza financiera de Nightlight Pediatric Urgent Care y entiendo que soy completamente responsable por el pago a la cuenta del paciente.

Firma

_____ Firma del garante	_____ Fecha
_____ Nombre impreso del garante	_____ Relación al paciente