



# Annopolis Pediatrics

## Registro de Pacientes- Menores de 18 años de edad

### Sección I

### Información del Paciente

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
(Primer nombre) (Segundo nombre) (Apellido)

Nombre de preferencia: \_\_\_\_\_ Sufijo: \_\_\_\_\_

Sexo:  Masculino  Femenino Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Raza:  Blanco  Negro  Hispano  Asiático  Americano nativo  Otro

Etnia:  Latino  No Latino  Rehusó

Idioma:  English  Español  Ruso  Vietnamita  Otro \_\_\_\_\_

Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_

¿Quién nos recomendó con usted? :  Hermano/a es paciente  Amigo/a  Recomendación por ginecólogo/obstetra   
Búsqueda de pediatra en internet  Anuncio en revista  Anuncio en internet  Yelp  Anuncio en gimnasio  Redes sociales

Padre / Madre / Tutor #1 Padre / Madre / Tutor #2  
Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección : \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Teléfono alternativo: \_\_\_\_\_ Teléfono alternativo: \_\_\_\_\_

El mejor número para contactarme es mi  Teléfono  Teléfono alternativo: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Los padres están:  Casados  Viviendo juntos  Separados  Divorciados  Soltero/a  Viudo/a

Padre/Madre/Tutor con custodia:  #1 arriba  #2 arriba  Ambos El paciente vive con \_\_\_\_\_

\*Favor de proporcionar documentos de la corte en el caso que existan órdenes de custodia de las cuales debemos saber respecto a quién podrá traer a los niños a consultar.

\*\*Si alguien más aparte del Padre / Madre / Tutor legal traerá al paciente a consulta, por favor conteste un formulario de autorización, dando el consentimiento para traer al paciente.

Persona para contactar en caso de una emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de soltera de la madre \_\_\_\_\_

¿Tiene usted algún requerimiento específico para la comunicación por cuestión de audición, visión o cognitiva?  Sí  No  
Por favor, explique: \_\_\_\_\_

Las siguientes dos siguientes preguntas buscan problemas de acceso para la atención médica. Si lo prefiere puede dejarlas en blanco.

En los últimos 12 meses, ¿ha tenido dificultad para ir y venir de sus citas médicas?  Sí  No  Sin respuesta

En los últimos 12 meses, ¿Ha tenido problemas para pagar su facture mensual de servicios públicos?  Sí  No  Sin respuesta

**Annapolis Pediatrics**  
**Registro de Pacientes- Menores de 18 años de edad**

**Sección II**

**Parte Responsable**

Padre / Madre / Tutor legal #1 \_\_\_\_\_

o

Padre / Madre / Tutor legal #2 \_\_\_\_\_

Parentesco al paciente:  Padre / Madre  Otro

**Sección III**

**Información de Seguro médico**

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Parentesco al paciente: \_\_\_\_\_

# de seguridad social: \_\_\_\_\_ Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_ # de grupo: \_\_\_\_\_ ID #: \_\_\_\_\_

Dirección de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Teléfono de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Plan de medicamentos: \_\_\_\_\_ # de ID de medicamentos: \_\_\_\_\_

Tiene asistencia médica pendiente:  Sí  No

¿TIENE USTED ALGÚN SEGURO ADICIONAL?  Sí  No DE SER ASÍ, COMPLETE LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN:

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Parentesco al paciente: \_\_\_\_\_

# de seguridad social : \_\_\_\_\_ Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_ # de grupo: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_

Dirección de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Teléfono de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

**ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS/ DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Por la presente, autorizo el pago directo a Annapolis Pediatrics de los beneficios de seguro médico de otra manera pagaderos a mi. Autorizo para aplicar a mi cuenta(s) todo el dinero recibido por Annapolis Pediatrics a mi favor. Autorizo el uso de mi firma para todos los cargos del seguro, ya sean manuales o electrónicos.

También doy mi permiso a Annapolis Pediatrics para divulgar información médica cuando se requiera por la compañía de seguros o las agencias de gobierno responsables por el pago de la cuenta. Entiendo que tengo responsabilidad financiera por cargos no cubiertos por los beneficios del seguro autorizados por la presente.

X \_\_\_\_\_  
Firma del responsable Fecha

**Annapolis Pediatrics**  
**Registro de Pacientes- Menores de 18 años de edad**

**Annapolis Pediatrics**

**CONSENT FOR MEDICAL CARE**

Se otorga permiso a los médicos, enfermeros practicantes y empleados de Annapolis Pediatrics de Maryland para realizar los procedimientos que sean necesarios para diagnosticar, tratar y atender mis necesidades incluyendo pero no limitado a procedimientos de rutina clínica y de laboratorio tales como prueba de estreptococos y cultivos de garganta, análisis de orina, conteos sanguíneos completos (CBC, por sus siglas en inglés), hemoglobina, cateterismo urinario, extracción de cerumen (cera del oído), extracción de cuerpos extraños, drenaje de abscesos, atención a fracturas, inyecciones de medicamentos, y tratamiento de lesiones en la piel, verrugas, quemaduras y laceraciones.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
(Favor de usar letra de molde)

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Firma del Padre / Madre / Tutor legal: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

La presente autorización permanecerá en vigor hasta tal fecha que sea revocada por escrito y entregada a Annapolis Pediatrics.