

**CHARLES HENDERSON CHILD HEALTH CENTER  
REGISTRACIÓN DEL PACIENTE**

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Alias \_\_\_\_\_

Día de Nacimiento; Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino  Femenino

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Número de Tel. \_\_\_\_\_ Otro Número de Tel. \_\_\_\_\_

Podemos dejar un mensaje respecto a su próxima cita? Si  No

Lenguaje Preferido: \_\_\_\_\_

**Raza**

- Indio Americano o Nativo de Alaska
- Asiático
- Negro o Americana Africano
- Hispano, Latino o Origen Español
- Hawaiano o de las islas del Pacifico
- Blanco
- Más de una raza
- Otra: \_\_\_\_\_

Contacto en caso de emergencia \_\_\_\_\_  
(Que no viva con usted)

Relación con paciente \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Nombre de la Madre \_\_\_\_\_ Nombre del Padre \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

Empleador # de tel. \_\_\_\_\_ Empleador # de tel. \_\_\_\_\_

Estado Civil de padres:  Solteros,  Casados,  Divorciados,  Separados, -Si divorciados, quien tiene la custodia? \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL SEGURO MEDICO**

Seguro medico primario \_\_\_\_\_ Seguro medico secundario \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ Nombre del asegurado \_\_\_\_\_

Día de Nac. Del asegurado \_\_\_\_\_ Día de Nac. Del asegurado \_\_\_\_\_

Número de Contrato \_\_\_\_\_ Número de Contrato \_\_\_\_\_

Número de Grupo \_\_\_\_\_ Número de Grupo \_\_\_\_\_

Nombre del Grupo \_\_\_\_\_ Nombre del Grupo \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA DIASNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS Y DENTALES:** Yo, el firmante, el paciente (o el guardián legal del paciente) autorizo a Charles Henderson Child Health Center, sus médicos, dentistas o asistentes designados para administrar un tratamiento que sea necesario, y llevar a cabo el tratamiento médico o dental y diagnóstico a pruebas adicionales y tales procedimientos que se consideren necesarias terapéuticamente sobre la base de los resultados durante el curso de dicho tratamiento. También certifico que no hay garantía o aseguramiento en cuanto a los resultados que puedan obtenerse.

\_\_\_\_\_ **INICIALES**

\*\*\*\*

**AUTORIZACIÓN PARA LA ASIGNACIÓN DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO MÉDICO:** Por la presente autorizo el pago de los beneficios del seguro a Charles Henderson Child Health Center y / o al médico en los términos de mi póliza. Por la presente autorizo al Centro y / o médicos para liberar cualquier información adquirida en el curso de mi examen o tratamiento para que mis beneficios de seguro puedan ser presentada sin demora. \_\_\_\_\_ **INICIALES**

\*\*\*\*

**SERVICIOS QUE NO SON CUBRIDOS POR SU PLAN:** Como nuestro paciente, queremos brindarle la mejor atención posible. Es posible que algunos servicios de rutina que creemos que son necesarios para el mantenimiento de la buena salud no estén cubiertos por los beneficios estipulados en el contrato de Blue Shield. Usted esta supuesto a pagar par esos servicios en su totalidad. Por ejemplo, nosotros podemos ordenar radiografías, pruebas de laboratorio, o las vacunas que puede que no estén cubiertas. Nosotros solo ordenamos pruebas que creemos que son necesarias para su tratamiento y cuidado. \_\_\_\_\_ **INICIALES**

\*\*\*\*

**RECONOCIMIENTO QUE RECIBÍ LOS AVISOS DE LA PRÁCTICA DE PRIVASIDAD:** Al firmar este documento reconozco que he recibido una copia de las leyes de privacidad que Charles Henderson Child Health Center provee. \_\_\_\_\_ **INICIALES**

Al firmar esto, yo autorizo y reconozco todos los elementos anteriores firmados.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Padres/Guardián**

\_\_\_\_\_  
**Día**

\_\_\_\_\_  
**Relación con el Paciente**

.....

**ASISTENCIA FINANCIERA:** Niños (menores de 19 anos) puede que sean elegibles para la ayuda financiera. Ellos deben ser identificados al completar una -entrevista financiera. Usted debe mostrar prueba de sus ingresos ya sea por planillas, talonarios, u otra documentaci6n relevante. Pacientes que no proporcionen dicha documentaci6n estarán obligados a las gastos totales en el momento del servicio.

\_\_\_\_\_ Yo quiero aplicar para la asistencia financiera \_\_\_\_\_

**Firma**