

**Mujeres y niños primero**  
**Información del paciente pediátrico**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Alocución: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Género : \_\_ Varon \_\_ Hembra SS#(optional): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Información del padre/tutor**

Nombre del Padre de Familia/Guardian: \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Alocución: \_\_\_\_\_ or \_\_\_\_ Igual que el niño

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono móvil \_\_\_\_\_ Casa # \_\_\_\_\_ Trabajo # \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Te gustaría estar habilitado para la web? \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No Ocupacion: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre de Familia/Guardian: \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Alocución: \_\_\_\_\_ or \_\_\_\_ Igual que el niño

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono móvil \_\_\_\_\_ Casa # \_\_\_\_\_ Trabajo # \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Te gustaría estar habilitado para la web? \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No Ocupacion: \_\_\_\_\_

El Estado Civil: \_\_\_\_ Solo \_\_\_\_ Casado \_\_\_\_ Divorciado \_\_\_\_ Separado

Arreglos especiales de custodia que debemos tener en cuenta? \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No

Si es así, describa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dónde reside el niño: \_\_\_\_\_

Hermanos: \_\_\_\_\_

Hermanos fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

El contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**Otra información del paciente**

Raza:  Caucasian  Hispanic  Indio Mexicano Americano  El nativo Americano

La etnia:  Hispano o Latino  Mexicoamericano

Preferencia de language:  el inglés  el español  bilingüe

**Información del Seguro**

Seguro primario: \_\_\_\_\_

Política o identificación de miembro # \_\_\_\_\_

Nombre del tomador del seguro: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Grupo o cuenta # \_\_\_\_\_

El empleador \_\_\_\_\_

Dirección del empleado: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Código posta \_\_\_\_\_ Trabajo # \_\_\_\_\_

## Mujeres y niños primero

### Información del paciente pediátrico

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Asignación de Beneficios:** Autorizo a Women and Children First (WCF) a presentar reclamos en nombre mío / del paciente directamente a Medicare / Medicaid / mi compañía de seguros de salud privada. Esto significa que WCF cobrará el pago por los suministros y servicios proporcionados. Entiendo que soy financieramente responsable ante los proveedores por los cargos no pagados o por pagar. Le autorizo a divulgar cualquier información necesaria a las compañías de seguros con respecto a enfermedades y tratamiento para procesar reclamos. Esta asignación permanecerá vigente hasta que sea revocada por mí por escrito.

Iniciales \_\_\_\_\_

**Consentimiento para Tratamiento:** Doy mi consentimiento para que WCF administre tratamientos, pruebas y / o pruebas de diagnóstico para tratar a mi / el paciente / illness de forma ambulatoria. Reconozco que no hay garantía en cuanto al resultado de cualquier tratamiento que yo / el paciente reciba. De conformidad con la ley estatal, si otra persona se expone accidentalmente a la sangre o los fluidos corporales de mi paciente / paciente (BBF; por sus siglas en inglés) o si un procedimiento médico o quirúrgico podría exponer a otra persona a la BBF de mi paciente / a, WCF puede hacer que dicha BBF sea analizada en humanos. infección por inmunodeficiencia (VIH / SIDA) a expensas de WCF.

Yo / nosotros, siendo los padres del menor mencionado anteriormente, autorizo a los médicos de WCF a examinar / tratar a mi dependiente. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos incurridos por el mismo

Iniciales \_\_\_\_\_

**Receta electrónica:** Entiendo que WCF utiliza tecnología de prescripción electrónica. Esta tecnología opera el Intercambio de información de salud de farmacia, que facilita la transmisión electrónica de información de prescripción entre proveedores y farmacéuticos. Esta tecnología también proporciona datos de prescripción de cualquier medicamento, conocido como historial de medicamentos, que se me recetaron a mí / al paciente.

Iniciales \_\_\_\_\_

**Comunicaciones:** Al proporcionar información de contacto, autorizo a WCF, sus cesionarios y agentes de cobro de terceros a utilizar la información de contacto que he proporcionado para comunicarse conmigo y hacer llamadas a mi teléfono de casa / celular / laboral; dejar mensajes de voz, texto o correo electrónico; y use mensajes pregrabados / artificiales / de voz y / o dispositivos de marcación automática en relación con cualquier comunicación que me envíe. **INICIALES** \_\_\_\_\_

¿Cuál es su número de contacto preferido? \_\_\_\_\_

Si corresponde: ¿autoriza a WCF a enviar recordatorios de citas tanto para usted como para su hijo?  
\_\_\_ Si \_\_\_ No, En caso afirmativo, ¿cuál es el número de teléfono del niño? \_\_\_\_\_

Iniciales \_\_\_\_\_

**PARTICIPACIÓN DE OTROS EN EL CUIDADO** \_\_\_ Si \_\_\_ No En caso afirmativo;

Autorizo a WCF a analizar la atención y las necesidades médicas de mi / el paciente con las siguientes personas

**PARTICIPACIÓN DE OTROS EN EL CUIDADO** \_\_\_ Si \_\_\_ No En caso afirmativo;

Nombre	Relación	Número de Teléfono

\_\_\_ NO deseo agregar contacto adicional para discutir las necesidades de mi / el paciente.

Iniciales \_\_\_\_\_

**Política financiera del paciente:** He leído y entiendo completamente la política financiera establecida para WCF y estoy de acuerdo con los términos de la política financiera. También entiendo que los términos de esta política pueden ser modificados por WCF en cualquier momento, sin notificación previa del padre / tutor legal / garante del paciente.

Iniciales: \_\_\_\_\_

**Aviso de prácticas de privacidad:** He revisado el Aviso de prácticas de privacidad de esta oficina, que explica cómo se usará y cerrará mi información médica. Entiendo que tengo derecho a una copia de este documento.

Iniciales: \_\_\_\_\_

---

**Escriba el nombre del padre o tutor del paciente**

\_\_\_\_\_

**Firma del padre o tutor del paciente**

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Fecha**