



**\*\*Vamos a necesitar una copia de su licencia para cada visita\*\***

**Paciente/Información del hermano(a)**

| Nombre de Paciente: Primero/Apellido | Raza           | Etnicidad                | F/M                                   | Fecha de Naci. |
|--------------------------------------|----------------|--------------------------|---------------------------------------|----------------|
|                                      | Black<br>Asian | White<br>Native American | Hispano/ Latino<br>Non Hispano/Latino |                |
|                                      | Black<br>Asian | White<br>Native American | Hispano/ Latino<br>Non Hispano/Latino |                |
|                                      | Black<br>Asian | White<br>Native American | Hispano/ Latino<br>Non Hispano/Latino |                |
|                                      | Black<br>Asian | White<br>Native American | Hispano/ Latino<br>Non Hispano/Latino |                |

**Dirección:**

(Calle o PO Box) \_\_\_\_\_ (Ciudad) \_\_\_\_\_ (Estado & Código Postal) \_\_\_\_\_  
**Teléfono de Casa:** (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **Lenguaje Preferido:** Ingles, Español, Aravico, ASL (Señas)  
**Numero de Cel:** (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Chino, Francés, Otro: \_\_\_\_\_  
**Recordatorios de Citas Teléfono:** (\_\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_ **(circule uno)** Texto o llamada telefónica en vivo

**Madre: (Circule uno) Nacimiento/ Madrastra/ Madre Adoptiva/Fermento Cualquier Problema Custodial: Y / N**

|                                                                           |                                                               |                         |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------|
| Nombre Completo (Primero Apellido)                                        | Social #                                                      | Fecha de Naci.          |
| Dirección si diferente al Paciente                                        | Ciudad                                                        | Estado<br>Código Postal |
| Teléfono de Casa/ Numero de Celular                                       | Correo Electrónico (Esto es para nuestro portal de Pacientes) |                         |
| Ocupación/ Empleador                                                      | Teléfono de Negocio                                           |                         |
| Numero Preferido para Contactarlo: (circule uno)<br>Casa / Cell / Negocio | Podemos dejar un mensaje confidencial a este número?<br>Y / N |                         |

**Padre: (Circule uno) Nacimiento/ Padrastro / Padre Adoptivo / Fermento Cualquier Problema Custodial: Y / N**

|                                                                           |                                                               |                         |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------|
| Nombre Completo (Primero Apellido)                                        | Social #                                                      | Fecha de Naci.          |
| Dirección si diferente al Paciente                                        | Ciudad                                                        | Estado<br>Código Postal |
| Teléfono de Casa/ Numero de Celular                                       | Correo Electrónico (Esto es para nuestro portal de Pacientes) |                         |
| Ocupación/ Empleador                                                      | Numero de Teléfono de Negocio                                 |                         |
| Numero Preferido para Contactarlo: (circule uno)<br>Casa / Cell / Negocio | Podemos dejar un mensaje confidencial a este número?<br>Y / N |                         |

**Contacto de Emergencia(aparte de mama y papa) Nombre:** \_\_\_\_\_ **Telefono:** \_\_\_\_\_

**Información de Seguridad**

|                                       |                           |
|---------------------------------------|---------------------------|
| Nombre de Compania de seguro primaria | Empleador                 |
| ID #                                  | Grupo #                   |
| Nombre del Asegurado:                 | Fecha de Nac. (Asegurado) |
| Numero Social:                        | Relacion al Paciente:     |

**Este paciente tiene seguridad secundaria : Si / No (si si, por favor de dar la tarjeta a la recepcionista)**

- Voluntariamente doy permiso para que mi tratamiento o el tratamiento médico de mi hijo(a) a los proveedores de Dawson Peditra, PC. Entiendo que se abonara en el momento del servicio, y se deben presentar mis reclamos a mi compañía de seguros, cualquier saldo no pagado seria mi responsabilidad. Cuando sea necesario, autorizara la liberación de los registros médicos a mi compañía de seguros. En el caso de que el médico de archivos a mi seguro, autorizo a los beneficios que se pagaran directamente al médico.
- Se me ha ofrecido una copia escrita del Aviso de Practicas de Privacidad de Dawson Peditra antes de firmar este consentimiento. Dawson Peditra se reserva el derecho de modificar su Aviso de Practicas de Privacidad en cualquier momento. Un Aviso de Practicas de Privacidad será publicada en la oficina y en nuestra página web al [www.dawsonpediatrics.com](http://www.dawsonpediatrics.com). También se puede obtener mediante el envio de solicitud por escrito al Oficial de Privacidad, Dawson Pediatrics 300 Dawson Commons Circle Ste 320 Dawsonville, GA 30534.
- El permiso se pone en conocimiento del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ a recibir cualquier procedimiento medico/quirúrgico, radiografías, pruebas de drogas o laboratorio, medicación, examen que se considera necesarias por médico.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**A quien le podemos dar las gracias por referirlos a nuestra practica?**

**Amigo:** \_\_\_\_\_ **Seguranza** \_\_\_\_\_ **Pagina Web** \_\_\_\_\_ **Otro Proveedor:** \_\_\_\_\_