

HOJA DEMOGRÁFICA DEL PACIENTE (Spanish version) md/15

Por favor imprima y haga una lista de información de todos los niños por separado. Círcula el padre con el que cada niño vive. Dé la vuelta para obtener más información

Nombre del niño \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

Seguro Primario \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_ Grp# \_\_\_\_\_ Copay \$ \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

Seguro Secundario \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_ Grp# \_\_\_\_\_ Copay \$ \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

Padre / Madre Nombre \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad / Estado / Código Postal \_\_\_\_\_

N ° de teléfono \_\_\_\_\_ trabajo # \_\_\_\_\_ Teléfono celular # \_\_\_\_\_

Padre / Madre Nombre \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad / Estado / Código Postal \_\_\_\_\_

N ° de teléfono \_\_\_\_\_ trabajo # \_\_\_\_\_ Teléfono celular # \_\_\_\_\_

Niño es elegible para recibir vacunas a través del programa VFC federal, ya que él / ella: El niño no VFC con derecho porque él / ella:
Indio Americano (nativo americano) o nativo de tiene seguro de salud (que cubre toda la recomendada en la infancia y la vacunación del adolescente) y no es indio americano (nativo americano) o nativo de Alaska

Ethnicity:  Hispanic  Non-Hispanic  Se niegan a denunciar Race: \_\_\_\_\_  Se niegan a denunciar

Nombre del niño \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

Seguro Primario \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_ Grp# \_\_\_\_\_ Copay \$ \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

Seguro Secundario \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_ Grp# \_\_\_\_\_ Copay \$ \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

Padre / Madre Nombre \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad / Estado / Código Postal \_\_\_\_\_

N ° de teléfono \_\_\_\_\_ trabajo # \_\_\_\_\_ Teléfono celular # \_\_\_\_\_

Padre / Madre Nombre \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad / Estado / Código Postal \_\_\_\_\_

N ° de teléfono \_\_\_\_\_ trabajo # \_\_\_\_\_ Teléfono celular # \_\_\_\_\_

Niño es elegible para recibir vacunas a través del programa VFC federal, ya que él / ella: El niño no VFC con derecho porque él / ella:
Indio Americano (nativo americano) o nativo de tiene seguro de salud (que cubre toda la recomendada en la infancia y la vacunación del adolescente) y no es indio americano (nativo americano) o nativo de Alaska

Ethnicity:  Hispanic  Non-Hispanic  Se niegan a denunciar Race: \_\_\_\_\_  Se niegan a denunciar

Nombre del niño \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

Seguro Primario \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_ Grp# \_\_\_\_\_ Copay \$ \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

Seguro Secundario \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_ Grp# \_\_\_\_\_ Copay \$ \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

Padre / Madre Nombre \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad / Estado / Código Postal \_\_\_\_\_

N ° de teléfono \_\_\_\_\_ trabajo # \_\_\_\_\_ Teléfono celular # \_\_\_\_\_

Padre / Madre Nombre \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad / Estado / Código Postal \_\_\_\_\_

N ° de teléfono \_\_\_\_\_ trabajo # \_\_\_\_\_ Teléfono celular # \_\_\_\_\_

Niño es elegible para recibir vacunas a través del programa VFC federal, ya que él / ella: El niño no VFC con derecho porque él / ella: tiene seguro de salud (que cubre toda la recomendada en la infancia y la vacunación del adolescente) y no es indio americano (nativo americano) o nativo de Alaska

Ethnicity:  Hispanic  Non-Hispanic  Se niegan a denunciar Race: \_\_\_\_\_  Se niegan a denunciar

Nombre del niño \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

Seguro Primario \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_ Grp# \_\_\_\_\_ Copay \$ \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

Seguro Secundario \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_ Grp# \_\_\_\_\_ Copay \$ \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

Padre / Madre Nombre \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad / Estado / Código Postal \_\_\_\_\_

N ° de teléfono \_\_\_\_\_ trabajo # \_\_\_\_\_ Teléfono celular # \_\_\_\_\_

Padre / Madre Nombre \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad / Estado / Código Postal \_\_\_\_\_

N ° de teléfono \_\_\_\_\_ trabajo # \_\_\_\_\_ Teléfono celular # \_\_\_\_\_

Niño es elegible para recibir vacunas a través del programa VFC federal, ya que él / ella: El niño no VFC con derecho porque él / ella: tiene seguro de salud (que cubre toda la recomendada en la infancia y la vacunación del adolescente) y no es indio americano (nativo americano) o nativo de Alaska

Ethnicity:  Hispanic  Non-Hispanic  Se niegan a denunciar Race: \_\_\_\_\_  Se niegan a denunciar

**Yo autorizo que la información médica acerca de mis hijos necesarios para procesar reclamaciones de seguros.**

**Yo autorizo la entrega de beneficios médicos para mis hijos al médico.**

**Yo entiendo que soy financieramente responsable del pago de servicios no cubiertos por mi compañía de seguros.**

**He recibido una copia de Pediatría Asociado HIPAA Ley de Privacidad**

**Los padres o tutores: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_**