

# Sun City Kidz Clinic

## Registracion de Paciente

LENGUAJE PREFERIDO \_\_\_\_\_

QUE DOCTORA VIENE A VER? \_\_\_\_\_

### INFORMACION DEL PACIENTE

NOMBRE \_\_\_\_\_ FECHA NACI \_\_\_\_\_  
(APELLIDO) (NOMBRE) (SEGUNDO NOMBRE)

DIRECCION \_\_\_\_\_  
(NUMERO) (CALLE) (APT) (CIUDAD) (ESTADO) (CODIGO POSTAL)

SEXO: HOMBRE MUJER FUE PREMATURO? SI NO SI FUE, CUANTAS SEMANAS? \_\_\_\_\_

RAZA \_\_\_\_\_

ETNICIDAD \_\_\_\_\_

### INFORMACION DE PADRE(S) O GUARDIAN

RELACION DE PADRES?  CASADA(O)  SOLTERA(O)  VIUDA(O)  OTRO \_\_\_\_\_

CON QUIEN VIVE EL PACIENTE?  PADRES  MAMA  PAPA  OTRO \_\_\_\_\_

PRIMER CONTACTO CON RELACION AL PACIENTE  MAMA  PAPA  ABUELO(A)  OTRO \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_ FECHA NACI \_\_\_\_\_ SS # \_\_\_\_\_  
(APELLIDO) (NOMBRE)

DIRECCION \_\_\_\_\_  
(NUMERO) (CALLE) (APT) (CIUDAD) (ESTADO) (CODIGO POSTAL)

ESCOJA NUMERO PREFERIDO:  CASA: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  CELULAR: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

LUGAR DE EMPLEO: \_\_\_\_\_ TELEFONO: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

SEGUNDO CONTACTO CON RELACION AL PACIENTE  MAMA  PAPA  ABUELO(A)  OTRA \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_ FECHA NACI \_\_\_\_\_ SS # \_\_\_\_\_  
(APELLIDO) (NOMBRE)

DIRECCION \_\_\_\_\_  
(NUMERO) (CALLE) (APT) (CIUDAD) (ESTADO) (CODIGO POSTAL)

ESCOJA NUMERO PREFERIDO:  CASA: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  CELULAR: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

LUGAR DE EMPLEO: \_\_\_\_\_ TELEFONO: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### INFORMACION DE ASEGURANSA (POR FAVOR ENTREGUE COPIAS DE TARJETA)

ASEGURANSA PRIMARIA \_\_\_\_\_ BAJO QUE NOMBRE ESTA? \_\_\_\_\_  
RELACION AL PACIENTE \_\_\_\_\_ FECHA NACI \_\_\_\_\_

ASEGURANSA SECUNDARIA \_\_\_\_\_ BAJO QUE NOMBRE ESTA? \_\_\_\_\_  
RELACION AL PACIENTE \_\_\_\_\_ FECHA NACI \_\_\_\_\_

### CONTACTO DE EMERGENCIA

NOMBRE #1 \_\_\_\_\_ RELACION AL PACIENTE \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_

NUMERO (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ CASA/CEL/TRABAJO NUMERO (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ CASA/CEL/TRABAJO

NOMBRE #2 \_\_\_\_\_ RELACION AL PACIENTE \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_

NUMERO (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ CASA/CEL/TRABAJO

NUMERO (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ CASA/CEL/TRABAJO

## INFORMACION DE FARMACIA (VAMOS A MANDAR RECETAS ELECTRONICAS)

NOMBRE DE FARMACIA \_\_\_\_\_

CALLE (EJEMPLO: MESA & BALTIMORE) \_\_\_\_\_

## NOMBRE DE HERMANOS

NOMBRE \_\_\_\_\_ FECHA DE NAC \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_ FECHA DE NAC \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_ FECHA DE NAC \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_ FECHA DE NAC \_\_\_\_\_

COMO ESCUCHO DE NUESTRA CLINICA? \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA TRATAMIENTO

Yo autorizo a las doctoras de Sun City Kidz Clinic para que den el tratamiento medico que sea necesario.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE PADRE/GUARDIAN

\_\_\_\_\_  
RELACION AL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
IMPRIMA NOMBRE

\_\_\_\_\_  
FECHA

## PERMISO PARA QUE ALGUIEN MAS TRAIGA AL PACIENTE A LA CLINICA

En acuerdo con la ley de Texas, Sun City Kidz Clinic puede dar tratamiento a un menor de edad unicamente si sus padres le acompañan, si sus padres dan consentimiento por escrito, o hay manera de que la clinica contacte los padres.

En Texas, un paciente es considerado "menor de edad" si tiene menos de 18 años, nunca a estado casado, o nunca a sido declarado como adulto por la corte.

Yo autorizo a las siguientes personas para que soliciten tratamiento medico para mi hijo (a).

NOMBRE #1 \_\_\_\_\_ RELACION AL PACIENTE \_\_\_\_\_

NUMERO DE TELEFONO (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

USTED AUTORIZA QUE ESTA PERSONA DE CONSENTIMIENTO PARA LA ADMINSTRACION DE VACUNAS?

(INICE UNO) \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO

NOMBRE #2 \_\_\_\_\_ RELACION AL PACIENTE \_\_\_\_\_

NUMERO DE TELEFONO (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

USTED AUTORIZA QUE ESTA PERSONA DE CONSENTIMIENTO PARA LA ADMINSTRACION DE VACUNAS?

(INICE UNO) \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE/GUARDIAN

\_\_\_\_\_  
RELACION AL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
IMPRIMA NOMBRE

\_\_\_\_\_  
FECHA