

Patient	Name (Last, First MI): _____ Name patient likes to be called: _____							
	Date of Birth: ____/____/____ Gender: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Primary Care Physician: _____							
	Ethnicity: <input type="checkbox"/> Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Non-Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Patient Declined							
	Race: <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Chinese <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japanese <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black or African American <input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander <input type="checkbox"/> Patient Declined <input type="checkbox"/> Hispanic							
	Interpreter Needed: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Language Preference: _____							
	Address: _____							
	City: _____ State: _____ Zip: _____							
	Preferred method of contact (please select one): <input type="checkbox"/> Email: _____ <input type="checkbox"/> Phone: _____							
	Emergency Contact(other than parent/guardian): _____							
	<table border="0"> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Name</td> <td>Relationship to patient</td> <td>Home Phone</td> <td>Work Phone</td> </tr> </table>	_____	_____	_____	_____	Name	Relationship to patient	Home Phone
_____	_____	_____	_____					
Name	Relationship to patient	Home Phone	Work Phone					

Parent/Guardian	<table border="0"> <tr> <td>Parent 1: _____</td> <td>Parent 2: _____</td> </tr> <tr> <td> Last First MI</td> <td> Last First MI</td> </tr> </table>	Parent 1: _____	Parent 2: _____	Last First MI	Last First MI
	Parent 1: _____	Parent 2: _____			
	Last First MI	Last First MI			
	Date of Birth: ____/____/____	Date of Birth: ____/____/____			
	SSN: _____	SSN: _____			
	Address: <input type="checkbox"/> Same as patient	Address: <input type="checkbox"/> Same as patient			
	_____	_____			
	City State Zip	City State Zip			
	Home Phone: _____	Home Phone: _____			
	Cell Phone: _____	Cell Phone: _____			
Email: _____	Email: _____				

Insurance	Primary Insurance _____	Secondary Insurance _____
	Insurance Company _____	Insurance Company _____
	Claim Address _____	Claim Address _____
	Phone Number _____	Phone Number _____
	Subscriber: _____	Subscriber: _____
	Subscriber Address: _____	Subscriber Address: _____
	_____	_____
	Subscribers Birth Date: ____/____/____	Subscribers Birth Date: ____/____/____
	Relationship to Patient: _____	Relationship to Patient: _____
	ID#: _____ Grp#: _____	ID#: _____ Grp#: _____

I hereby authorize The Children's Clinic, P.C. to provide medical services to the above named patient and to use and release medical information as required for treatment, payment and health care operations. I authorize The Children's Clinic to recognize me as a participant of the Patient-Centered Primary Care Home Program*. I also assign The Children's Clinic all payments to which I am entitled for medical and surgical expenses. I understand that I am financially responsible for all charges whether covered by insurance or not. I understand insurance copays are due at time of service. I have received a copy of the current Privacy Notice and Notice of Referral Rights & Financial Interest of The Children's Clinic.

Signature: _____ Date _____

*For additional information on the Patient-Centered Primary Care Home Program, please see any staff member.

Paciente	<p>Nombre (Apellido, Nombre, Segundo nombre): _____</p> <p>Nombre por el cual el paciente prefiere que lo llamen: _____</p> <p>Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Pediatra: _____</p> <p>Etnicidad: <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Paciente Declinó</p> <p>Raza: <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái / Isleño del Pacifico <input type="checkbox"/> Indígena Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Paciente Declinó</p> <p>Necesita Interprete: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Lenguaje de preferencia: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____</p> <p>Método preferido de contacto (por favor, seleccione uno): <input type="checkbox"/> Email _____ <input type="checkbox"/> Teléfono _____</p> <p>Contacto de emergencia (aparte de los padres):</p> <p>_____ Nombre Relación con el paciente Número de casa Número de Trabajo</p> <p>Referencia: <input type="checkbox"/> Miembro de familia <input type="checkbox"/> Amistad <input type="checkbox"/> Compañero de trabajo <input type="checkbox"/> Hospital o Sala de Urgencias <input type="checkbox"/> Página de Web <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Referido por Doctor <input type="checkbox"/> Compañía de Seguro <input type="checkbox"/> Medical <input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <p>Si a usted lo refirió un paciente de TCC por favor háganos saber su nombre. Así le podemos enviar un regalo de agradecimiento.</p> <p>A quién podemos agradecer por referirlo _____</p>	
Padre/Guardián	<p>Padre 1: _____ Apellido Nombre Segundo Nombre</p> <p>Fecha de Nacimiento: ____/____/____</p> <p>SSN: _____</p> <p>Dirección: <input type="checkbox"/> Igual que el paciente</p> <p>_____ Ciudad Estado Código Postal</p> <p>Número de Casa: _____</p> <p>Número Celular: _____</p> <p>Email: _____</p> <p>Lugar de Trabajo: _____</p> <p>Ocupación: _____</p>	<p>Padre 2: _____ Apellido Nombre Segundo Nombre</p> <p>Fecha de Nacimiento: ____/____/____</p> <p>SSN: _____</p> <p>Dirección: <input type="checkbox"/> Igual que el paciente</p> <p>_____ Ciudad Estado Código Postal</p> <p>Número de Casa: _____</p> <p>Número Celular: _____</p> <p>Email: _____</p> <p>Lugar de Trabajo: _____</p> <p>Ocupación: _____</p>
Seguro Medico	<p>Seguro Medico Principal</p> <p>_____ Nombre de la compañía aseguradora</p> <p>_____ Dirección de las compañía aseguradora</p> <p>_____ Número de teléfono</p> <p>Subscriber: _____</p> <p>_____ Fecha de nacimiento: ____/____/____</p> <p>Relación al paciente: _____</p> <p>ID#: _____ Grp#: _____</p> <p>Copago: _____ Dia Efectivo: ____/____/____</p>	<p>Seguro Medico Secundario</p> <p>_____ Nombre de la compañía aseguradora</p> <p>_____ Dirección de las compañía aseguradora</p> <p>_____ Número de teléfono</p> <p>Subscriber: _____</p> <p>_____ Fecha de nacimiento: ____/____/____</p> <p>Relación al paciente: _____</p> <p>_____ Copago: _____ Dia Efectivo: ____/____/____</p>
<p>Yo aquí presente autorizo a The Childrens Clinic, PC para que provean servicios médicos al paciente arriba mencionado y utilizar y liberar información médica como se requiera para el tratamiento, pago y algún otro servicio medico. Yo autorizo a The Childrens Clinic que me reconozca como participante de el programa de centro de servicios médicos centrados en el paciente. También asigno a The Childrens Clinic todos los pagos a los cuales tengo derecho para los gastos médicos y quirúrgicos. Entiendo que soy responsable por todos los cargos, aunque sean cubiertos por mi compañía de seguro o no. También entiendo que si no pago los honorarios del seguro el día de la consulta resultara en sobrecargos, los cuales tendré que pagar. He recibido una copia del aviso de privacidad actual y aviso de los derechos referidos y los intereses financieros de The Childrens Clinic.</p> <p>Firma: _____ Fecha: _____</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">*Para mas informacion sobre el program de Centro de Servicios Médicos Centrados en el paciente prequent le a un miembro de la clinica.</p>		