

Fecha: _____

(Por favor incluya todos sus hijos/as aunque no vayan a ser vistos el día de hoy.)

	Niño/a 1	Niño/a 2	Niño/a 3	Niño/a 4
Nombre				
Apellido				
Fecha de Nacimiento				
Apodo (si lo tiene)				
Etnicidad				
Sexo				

PARENTAL INFORMATION
MADRE/GUARDIAN LEGAL

Nombre completo _____

Fecha de Nacimiento _____

 Dirección _____
 _____ Condado _____

Teléfono _____

Email _____

Estado civil

 Soltera Casada Divorciada Viuda

Primer idioma _____

Padrastro _____

PADRE /GUARDIAN LEGAL

Nombre completo _____

Fecha de Nacimiento _____

 Dirección _____
 _____ Condado _____

Teléfono _____

Email _____

Estado Civil

 Soltera Casada Divorciada Viuda

Primer idioma _____

Madrastra _____

 Con quien vive el/la/los pacientes? Padre Madre Otro _____

 ¿Quién tiene la custodia legal del paciente? Ambos Padre Madre Otro _____

Por favor incluya cualquier documento legal necesario.

 ¿Quién es responsable por las facturas medicas? Padre Madre Otro _____

 ¿Cuál es su método preferencial de comunicación? Teléfono Email

Contacto de emergencia (Debe que ser otra persona diferente a los padres):
Contacto de emergencia _____ **Relación:** _____

Email _____ **Teléfono:** _____

Contacto de emergencia _____ **Relación:** _____

Email _____ **Teléfono:** _____

Seguro de Salud (circule uno): Seguro Privado Seguro Social (Medicaid)

 Tricare (Seguro militar) Pago por visita (Self pay)
¿Usted se enteró de nosotros por medio de? (medios sociales, Google, Yelp, Facebook, amigos/familiares, etc.)
¿Puede la clínica dejar mensajes de voz en los teléfonos proveídos? S NO
Hay alguna restricción en la familia de quienes NO tienen permiso de discutir información del paciente o traerlo/a a las citas? Si es el caso por favor provea el nombre completo de la persona/s:

 **En ocasiones Starlight pediatrics le gusta poner fotos de nuestros pacientes y familias. 😊 ¿En general, usted le da permiso a Starlight de poner fotos de sus niños en nuestra página en línea de Facebook? SI No

Firma: _____ Fecha: _____

