

Para uso de oficina:

New Patient
 Update to Current Patient
Account # _____
Date _____

Dr. Erica Menina
Dr. Kimberly Thorguson
Abby Burke, NP
Alana Andras, NP
Alyssa Viet Vu, NP

The Pediatric Clinic Of St Mary Parish

Informacion del paciente:

Nombre completo(primer nombre, segundo nombre, apellido): _____

Apodo: _____ Genero: Masculino Femenino Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Codigo postal: _____ Direccion de correo electronico: _____

¿Con que categoria racial se identifica el paciente?

Afroamericano Caucasico Nativo Hawaiano/Isleno del Pacifico Indio americano/Alaska Nativo
 Asiatico mas de una carrera Other _____

Etnia: ¿Cual es la etnia del paciente: Hispano o Latino No Hispano o Latino

¿Cual es el idioma principal del paciente/familia? Ingles Espanol (Debe tener presente un traductor ADULTO)
 Otro _____

Informacion familiar:

Nombre completo del padre principal/tutor legal:

Primer nombre, Segundo nombre, Apellido: _____

Genero Masculino Femenino Relacion con el paciente: _____ Numero de telefono: _____

Fecha de nacimiento: _____ SSN: _____ - _____ - _____ Empleador: _____

Direccion de correo electronico: _____ Direccion: _____

Otro padre:

Primer nombre, Segundo nombre, Apellido: _____

Genero Masculino Femenino Relacion con el paciente: _____ Numero de telefono: _____

Fecha de nacimiento: _____ SSN: _____ - _____ - _____ Empleador: _____

Direccion de correo electronico: _____ Direccion: _____

Farmacia preferida y ubicacion: _____

Estado Civil de los Padres: Casado Divorciado Otro _____ ¿Con quien reside el paciente? _____

Por favor enumere todos los hermanos menores de 21 anos tratados actualmente en La Clinica Pediatrica (Nombre completo y fecha de nacimiento):

Dr. Erica Menina
Dr. Kimberly Thorguson
Abby Burke, NP
Alana Andras, NP
Alyssa Viet Vu, NP

Informacion del serguro:

Seguro Primario: Privado Seguro de enfermedad

Nombre del asegurado: _____

Empleador: _____ Compania de seguros: _____

SSN of policy holder: _____ - _____ - _____ DOB: _____

Relacion del paciente con el asegurado: Ser Dependiente Conyuge

Grupo #: _____ Politica #: _____

Seguro Secundario: Privado Seguro de enfermedad

Nombre del asegurado: _____

Empleador: _____ Compania de seguros: _____

SSN of policy holder: _____ - _____ - _____ DOB: _____

Relacion del paciente con el asegurado: Ser Dependiente Conyuge

Grupo #: _____ Politica #: _____

Permiso para tratar al paciente:

Al firmar este formulario, reconozco que la Clinica Pediatrica de St. Mary Parish (PRACTICE) tiene el derecho de usar y divulgar informacion de salud protegida (PHI) para tratamiento, ayuda de pago, operaciones de salud y que he recibido el Aviso de privacidad. Practicas para la Informacion (NOPP). Entiendo que tengo derecho a restringir la forma en que se usa o divulga me PHI, y que el consultorio no esta obligado a aceptar ninguna restriccion, pero si se llega a algun acuerdo, el consultorio esta obligado por el acuerdo.

_____ Por la presente autorizo a la Clinica Pediatrica de St. Mary Parish a evaluar y recomendar cualquier prueba y/o tratamiento.

_____ Entiendo que tengo derecho a rechazar dichas recomendaciones y/o tratamientos.

Nombre impreso: _____ Firma: _____

Fecha: _____ Firma del responsable: _____

Dr. Erica Menina
Dr. Kimberly Thorguson
Abby Burke, NP
Alana Andras, NP
Alyssa Viet Vu, NP

Formulario de divulgacion HIPPA

Medico: The Pediatric Clinic of St Mary Parish

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Direccion de envio: _____

Direccion: _____

Telefono Principal #: _____

Direccion de correo principal: _____

¿Le gustaria que nuestra correspondencia con usted este marcada? “Confidencial”?

Si No

¿Podemos identificarnos sobre el teléfono? Si No

¿Podemos dejar mensajes? Si No

Yo, el Paciente o Representante del Paciente, por la presente autorizo al medico mencionado anteriormente a divulgar mi informacion medica (citas, resultados de pruebas, diagnostico, tratamientos, medicamentos, cirugias, etc.) por correo postal, telefono, fax o correo electronico a la siguiente familia.

Miembros:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relacion: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento : _____ Relacion: _____

Ademas, divulgo mi informacion medica a los siguientes medicos, especialistas, clinicas y/u hospitales:

Doctor: _____ Clinica: _____ Numero de telefono: _____

Doctor: _____ Clinica: _____ Numero de telefono: _____

Doctor: _____ Clinica: _____ Numero de telefono: _____

Doctor: _____ Clinica: _____ Numero de telefono: _____