AAA Pediatrics

2200 Opitz Blvd. Suite 355, Woodbridge VA 22191 Phone: 703-580-6400 Fax: 703-580-4550

Paciente Registración

Nombre de paciente(s):

1. _____ Nacimiento: _____ Masculino / Femenina
2. _____ Nacimiento: _____ Masculino / Femenina
3. _____ Nacimiento: _____ Masculino / Femenina
4. _____ Nacimiento: _____ Masculino / Femenina
5. _____ Nacimiento: _____ Masculino / Femenina
6. _____ Nacimiento: _____ Masculino / Femenina

Dirección Primario: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Correo electrónico: _____ (el correo electrónico de la persona que recibirá las notificaciones)

¿Quién tiene la responsabilidad financiera? ☐ **Papa** **O** ☐ **Mama** **SOLO UNO**

Madre/ Tutor Legal **Vive con** ☐ **SI** ☐ **NO**

Primer Nombre: _____ **Apellido:** _____

Fecha de nacimiento: _____ **Número de seguro social:** _____

Dirección si es diferente del Primario: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ (celular / trabajo / casa) Numero Primario ☐ Si ☐ No

Padre/ Tutor Legal **Vive con** ☐ **SI** ☐ **NO**

Primer Nombre: _____ **Apellido:** _____

Fecha de nacimiento: _____ **Número de seguro social:** _____

Dirección si es diferente del Primario: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ (celular / trabajo / casa) Numero Primario ☐ Si ☐ No

Contacto de emergencia: _____ Numero de teléfono: _____

Relación al paciente: _____

Farmacia: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____

RAZA – <u>Encierre en un círculo</u> todo lo que corresponda:

*Black o Africano American * Asían *indio/a centroamericano/a *Hispano/a O Latino/a *indio/a sudamericano/a *blanco/a

ETNIAS – <u>Encierre en un circulo</u> todo lo que corresponda:

*Centro América *Rechazar especificar *Hispano/a O Latino/a *NO Hispano/a O Latino/a *Negarse a informar *Sudamericano/a

Seguro Primario:

Nombre del seguro: _____ Número de miembro: _____ Grupo: _____

Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____ Numero de social: _____

Nombre del empleador: _____ Numero de teléfono: _____

Dirección del empleador: _____

Seguro secundario:

Nombre del seguro: _____ Número de miembro: _____ Grupo: _____

Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____ Numero de social: _____

Nombre del empleador: _____ Número de teléfono: _____

Dirección del empleador: _____

Personas autorizadas para traer paciente(s) a la oficina (<u>deben</u> traer una identificación valida):

1. _____Relación con el/la paciente: _____ Número de teléfono: _____
2. _____Relación con el/la paciente: _____ Número de teléfono: _____
3. _____Relación con el/la paciente: _____ Número de teléfono: _____
4. _____Relación con el/la paciente: _____ Número de teléfono: _____

Por la presente autorizo a los médicos de AAA Pediatrics, enfermera/o practicante, bajo la supervisión de un médico, a brindar el tratamiento medico que, a su juicio, se considere necesario para el cuidado de los niños nombrados en este formulario. Certifico que la información que he proporcionado es verdadera y correcta. Como padre/tutor/garante, he leído, comprendido y acepto plenamente el Formulario de Condiciones de Registro las Políticas de la Oficina vigentes en papel o confirmadas con mi firma en el quiosco al registrarse. Reconozco que se me ha dado la oportunidad de revisar una copia del "Aviso de Practicas de Privacidad" a petición miá. ***<u>*En caso de divorcio o separación, a menos que se especifique lo contrario en una orden judicial, entiendo que ambos padres se les permitirá programar citas, llevar al niño (s) a exámenes y tener pleno acceso a la historia clínica del niño.</u>***

IMPRIMIR – Madre/ Tutor Legal: _____

Firma _____ **Fecha**: _____

IMPRIMIR – Padre/ Tutor Legal: _____

Firma _____ **Fecha**: _____