

Imprima este formulario, llénelo y tráigalo a la primera visita, junto con la tarjeta del seguro, una identificación con foto y el registro de vacunas. También puede llenarlo en el consultorio. Por favor, escriba con letra clara.

1. Paciente

Nombre _____ Segundo nombre _____ Apellido(s) _____ Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) _____

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro / prefiero describirlo: _____

Idioma preferido: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Ruso ☐ Otro: _____

Dirección (calle y número) _____ Apto. _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

2. Padres o tutores legales

Si el paciente tiene 18 años o más, escriba su propio teléfono y correo en Padre/madre o tutor 1 y marque "Yo mismo/a".

Padre/madre o tutor 1

Nombre completo _____ Teléfono celular _____ Otro teléfono _____

Parentesco con el paciente: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Tutor legal ☐ Yo mismo/a ☐ Otro: _____

Correo electrónico _____

Padre/madre o tutor 2

Nombre completo _____ Teléfono celular _____ Otro teléfono _____

Parentesco con el paciente: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Tutor legal ☐ Yo mismo/a ☐ Otro: _____

Correo electrónico _____

3. Seguro médico

☐ Sin seguro / pago por cuenta propia

Seguro principal

Compañía o plan de seguro _____ Número de miembro (ID) _____ Número de grupo _____

Nombre del titular de la póliza _____ Fecha de nacimiento del titular _____ Parentesco del titular con el paciente _____

Seguro secundario (si tiene)

Compañía o plan de seguro _____ Número de miembro (ID) _____ Número de grupo _____

Nombre del titular de la póliza _____ Fecha de nacimiento del titular _____ Parentesco del titular con el paciente _____

4. Contacto de emergencia (otra persona, no los padres de arriba)

Nombre _____ Parentesco con el paciente _____ Teléfono _____

Nombre / Apellido(s) (Paciente)

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

5. Farmacia

Nombre de la farmacia

Dirección o calles cercanas

Teléfono

6. Historial de salud

Pediatra o médico anterior

Su teléfono☐ Sin alergias conocidas

Alergias (medicamentos, alimentos, otras) y la reacción

Medicamentos que toma ahora (nombre y dosis)

Enfermedades o condiciones (por ejemplo asma, eczema, diabetes)

Cirugías u hospitalizaciones (qué y cuándo)

Para bebés: hospital donde nació, peso al nacer, problemas al nacer**Registro de vacunas:** ☐ Lo voy a traer ☐ El médico anterior lo enviará ☐ No lo tengo

7. ¿Cómo podemos comunicarnos con usted?

Marque sí o no en cada opción. Puede cambiar su decisión en cualquier momento llamando al consultorio.

Llamadas telefónicas

Recordatorios de citas y llamadas del consultorio

☐ Sí☐ No

Teléfono para llamadas**Mensajes de texto**

Recordatorios de citas y mensajes del consultorio

☐ Sí☐ No

Celular para mensajes de texto☐ Pueden dejar un mensaje de voz con los detalles de la cita

Al marcar Sí en mensajes de texto, acepto recibir mensajes de texto de Jackson Heights Pediatrics con recordatorios de citas y mensajes del consultorio en el celular indicado arriba. La frecuencia de los mensajes varía. Pueden aplicarse tarifas de mensajes y datos. Responda STOP para no recibir más mensajes o HELP para obtener ayuda. Aceptar no es obligatorio para recibir atención.

8. Firma

La información de este formulario es correcta según mi leal saber y entender.

Firma del padre/madre o tutor (o del paciente, si tiene 18 años o más)

Fecha

Nombre en letra de molde

Parentesco con el paciente**Solo para uso del consultorio**

N.º de expediente: _____

Ingresado por: _____

Seguro verificado: _____