

Designated Choice for
PCP _____

SANFORD PEDIATRICS REGISTRATION FORM

1801 Doctors Drive, Sanford, NC 27330

Fecha _____

Nombre del Paciente _____
(Apellido) (Nombre) (Segundo Nombre)

Fecha de Nacimiento _____ **Sexo** _____ **E-mail** _____

Language Preferido _____ **Raza** _____ **Etnia** Hispano/Latino **(or)** no-Hispano/Latino

Numeros de Telefonos: Casa _____ Celular _____ Numero preferido para llamarle: Casa cell email

Persona Responsable _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Direccion _____ **Ciudad** _____ **Estado** _____ **Codigo postal** _____

Contacto de preferencia #1 _____ **Relacion:** _____

Numero # de telefono _____ Lugar de Trabajo _____ Numero de Tel Trabajo _____

Contacto de preferencia #2 _____ **Relacion:** _____

Numero # de telefono _____ Lugar de Trabajo _____ Numero de Tel Trabajo _____

Contacto de Emergencia (Otro aparte de los padres) _____ **Relacion con el paciente** _____

Direccion _____ **# De telefono** _____

Hermanos y Hermanas

ASEGURANZA INFORMACION

Subscriber #1 _____ Empleador _____

Nombre de Aseguranza _____ Direccion _____

Numero de poliza _____ Numero de Grupo _____

Subscriber #2 _____ Empleador _____

Nombre de Aseguranza _____ Direccion _____

Numero de Poliza _____ Numero de Grupo _____

Allergias a alguna Medicina: _____

_____ (iniciales) **AUTORIZACION PARA CEDER INFORMACION Y PAGAR BENEFICIOS A SANFORD PEDIATRICS.** "Doy mi permiso a Sanford Pediatrics, P.A. para dar informacion adquirida durante mi tratamiento y examen. Doy permiso para que dirijan el pago directamente al Doctor designado por cualquier procedimiento hecho. Y entiendo que soy responsable y pagare por cualquier servicio que mi aseguranza no cubra.

_____ (iniciales) **PERMISO DE PADRES/RESPONSIBLE PARA TRATAR AL PACIENTE** "Doy mi permiso a los medicos de Sanford Pediatrics, P.A., o personas designadas por ellos, a entrevistar, examinar, y realizar procedimientos de laboratorio/radiologicos necesarios y proveer tratamientos apropiados para el menor mencionado arriba. Permiso para evaluar y tartar es concedido ya sea que el niño sea presentado por el padre, otro miembro de la familia, otra persona sin relacion alguna o sin compania.

_____ (iniciales) **RECONOCIMIENTO DE AVISO DE POLITICA DE PRIVACIDAD** "Yo reconozco que he sido notificado a mi derecho de privacidad por ley acerca de mi "informacion protegida de salud", Yo entiendo que mi informacion ha sido protegida y he sido informado de mis derechos y las responsabilidades de las practicas para proteger mi informacion."

Firma _____
(Padre o guardian, Si el paciente es un menor)