



**Información del paciente (18 Años)**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Dirección Física: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_ Número de teléfono principal: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección postal (si es diferente de la dirección física):  
\_\_\_\_\_

Estamos obligados a hacer estas preguntas; su atención no se verá afectada por sus respuestas.

**Identidad de género:**  Hombre  Mujer  Hombre a Mujer transgénero  Mujer a Hombre transgénero  Genderqueer  Negarse a informar  Otro: \_\_\_\_\_

**Orientación sexual:**  Lesbiana, gay u homosexual  Heterosexual o heterosexual  Bisexual  Negarse a informar  Otro: \_\_\_\_\_

**Raza:**  Indio americano o nativo de Alaska  Nativo de Hawái/Islas del Pacífico  Asiático  Negro o afroamericano  Blanco  Hispano  Otro  Se niega a informar

**Etnicidad:**  Hispano  No hispano o latino  Negarse a reportar

**Idioma preferido:**  español  otro \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna de las siguientes necesidades?

Problemas de visión  Problemas de audición  Problemas de comunicación  Desconocido

**Rotación**



**Información de empleo (si corresponde)**

Empleador: \_\_\_\_\_ Número del empleador: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

**Información del seguro. Complete cada vez que reciba esta documentación para nuestros registros de facturadores.**

Seguro primario \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza \_\_\_\_\_

Dirección del titular de la póliza:

Titulares de la póliza Fecha de nacimiento \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_\_ Número de teléfono

de los titulares de la póliza \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

SSN de los titulares de pólizas \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Número de identificación \_\_\_\_\_ Número de grupo \_\_\_\_\_

Seguro secundario \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza \_\_\_\_\_

Dirección del titular de la póliza:

Titulares de la póliza Fecha de nacimiento \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Número de teléfono de los titulares de la póliza \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

SSN de los titulares de pólizas \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Número de identificación \_\_\_\_\_ Número de grupo \_\_\_\_\_

\*Tenga en cuenta que debemos proporcionar la información de los titulares de la póliza o usted puede ser responsable del pago

**Contacto de emergencia**

Nombre \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_\_ Relación con el niño

\_\_\_\_\_

**Divulgación de registros: indique a sus padres o tutores a continuación si desea que podamos comunicarnos con ellos con respecto a su atención**

Autorizo a The Pediatric Center a divulgar toda la información médica a:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_



Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

## Sección de Autorización

Consentimiento para Mensajes de Texto:

Autorizo al Centro Pediátrico a comunicarse conmigo por mensaje de texto y deseo recibir (marque con un círculo) mensajes detallados o no detallados (genéricos) sobre mis hijos.

**Últimos 4 dígitos del número de teléfono principal:** \_\_\_\_\_

### Política de Cobro:

Por la presente, autorizo la divulgación de mi información médica (o la de mi hijo/a) a mi compañía de seguros en relación con mi enfermedad y tratamiento, y por la presente, asigno todos los pagos de los servicios médicos a mi médico. Entiendo que soy responsable de cualquier monto no cubierto por mi seguro. Si, por cualquier motivo, la cuenta se vuelve morosa, la parte responsable se compromete a pagar hasta un veinticinco por ciento (25%) de la comisión de cobro del saldo pendiente, junto con todos los honorarios legales, con o sin demanda, incluyendo honorarios de abogados, honorarios legales y costas. Aviso de **HIPAA**: También reconozco que puedo acceder al aviso de HIPAA del Centro Médico para Niños y Adolescentes, PA (DBA como The Pediatric Center) en su sitio web, [www.mypediatriccenter.com](http://www.mypediatriccenter.com).

### Aviso de inasistencia:

Por respeto a todos los pacientes y familias que atendemos, y para garantizar el acceso continuo a la atención médica para todos nuestros pacientes, implementamos la siguiente Política de Inasistencia, vigente a partir del 3 de marzo de 2026. Ante la primera inasistencia, le recordamos nuestra política y nosotros entendemos que la vida pasa. Ante la segunda inasistencia, se aplicará un cargo de \$20 a la cuenta del fiador. Tercera inasistencia y subsiguientes: Se aplicará un cargo de \$30 a la cuenta del niño por cada cita perdida. El cargo por inasistencia debe pagarse antes de programar una nueva cita. Para evitar el cargo por inasistencia, las citas deben cancelarse o reprogramarse con al menos 4 horas de anticipación.

**Firma:** \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_