



**Si es padrastro, padre adoptivo o cualquier otro tipo de tutor; Por favor llene el número 3 de este formulario con sus datos.

Este es el padre con el que nos comunicaremos para obtener resultados de laboratorio, confirmar citas, preguntas sobre facturación, etc.

1. Nombre del padre principal _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado ____ Código postal ____
Número de teléfono ____ - ____ - ____ Fecha de nacimiento ____ - ____ - ____
SSN ____ - ____ - ____
Correo electrónico (que se utilizará para acceder al portal del paciente de su hijo):

Empleador _____ Número de empleador ____ - ____ - ____

2. Nombre del padre secundario _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado ____ Código postal ____
Número de teléfono ____ - ____ - ____ Fecha de nacimiento ____ - ____ - ____
SSN ____ - ____ - ____
Empleador _____ Número de empleador ____ - ____ - ____

3. Nombre del otro tutor _____ Relación con el niño _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado ____ Código postal ____
Número de teléfono ____ - ____ - ____ Fecha de nacimiento ____ - ____ - ____
SSN ____ - ____ - ____
Empleador _____ Número de empleador ____ - ____ - ____

4. Información del seguro
Seguro primario _____ Nombre del titular de la póliza _____
Fecha de nacimiento ____ - ____ - ____ SSN ____ - ____ - ____
Número de identificación _____ Número de grupo _____

Seguro secundario _____ Nombre del titular de la póliza _____
Fecha de nacimiento ____ - ____ - ____ SSN ____ - ____ - ____
Número de identificación _____ Número de grupo _____

Rotación



5. Contacto de emergencia que no sean los padres/cuidador.

Nombre _____

Número de teléfono ____ - ____ - ____ Relación con el niño

Por favor, enumere a todos sus hijos menores de 17 años; los jóvenes de 18 años en adelante reciben sus propios formularios de información. Si necesita más espacio, por favor, infórmelo en la recepción.

1. El nombre del niño

Hijo biológico Hijastro Hijo adoptado Tutor legal del niño

Fecha de nacimiento ____ - ____ - ____ Sexo ____ Idioma: Español Otro

¿Este niño vive con el padre principal? Sí No

Si no viven con el Padre Principal; por favor escriba su dirección a continuación.

Dirección _____ Ciudad _____ Estado __ Código postal

Raza: Indio americano o nativo de Alaska Nativo de Hawái/isleño del Pacífico

Negro o afroamericano Asiático Blanco Hispano Otro

Negarse a reportar

Etnicidad: Hispano No hispano o latino Negarse a reportar

Idioma: Español Otro _____

2.El nombre del niño

Hijo biológico Hijastro Hijo adoptado Tutor legal del niño

Fecha de nacimiento ____ - ____ - ____ Sexo ____ Idioma: Español Otro _____

¿Este niño vive con el padre principal? Sí No

Si no viven con el Padre Principal; por favor escriba su dirección a continuación.

Dirección _____ Ciudad _____ Estado __ Código postal

Raza: Indio americano o nativo de Alaska Nativo de Hawái/isleño del Pacífico

Negro o afroamericano Asiático Blanco Hispano Otro

Negarse a reportar

Etnicidad: Hispano No hispano o latino Negarse a reportar

Idioma: Español Otro _____



3.El nombre del niño

Hijo biológico Hijastro Hijo adoptado Tutor legal del niño
Fecha de nacimiento ____-____-____ Sexo ____ Idioma: Español Otro

¿Este niño vive con el padre principal? Sí ☒ No ☒

Si no viven con el Padre Principal; por favor escriba su dirección a continuación.

Dirección _____ Ciudad _____ Estado ____ Código postal

Raza: Indio americano o nativo de Alaska Nativo de Hawái/isleño del Pacífico
 Negro o afroamericano Asiático Blanco Hispano Otro
 Negarse a reportar

Etnicidad: Hispano No hispano o latino Negarse a reportar

Idioma: Español Otro _____

Sección de autorización

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

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 _____

Formulario de consentimiento para menores

A partir del 1 de julio de 2024, Idaho aprobó nuevos límites a los consentimientos de menores.

Para cumplir, debemos tener en nuestros archivos a las personas a las que usted autoriza a llevar a su hijo a la clínica para una cita. Usted autoriza a estas personas a acompañar a su(s) hijo(s) a una visita y los autoriza a dar su consentimiento para exámenes y/o opciones de tratamiento que incluyen (pero no se limitan a) radiografías, prescripción de medicamentos, vacunas, etc.

Por favor enumere todos los niños que son pacientes del Centro Pediátrico.

Nombre: _____ fecha de

nacimiento: _____

Nombre: _____ fecha de

nacimiento: _____



Nombre: _____ fecha de
nacimiento: _____

Nombre: _____ fecha de
nacimiento: _____

Nombre: _____ fecha de
nacimiento: _____

Indique cualquier persona autorizada a acompañar a su(s) hijo(s) a una visita al Centro Pediátrico. **Si desea que su adolescente sea atendido solo, solicite un formulario por separado.**

Nombre: _____ Teléfono

Nombre: _____ Teléfono

Firma de los padres: _____

Fecha: _____