



VALLEY OAK
PEDIATRIC ASSOCIATES

Demografía del paciente

Doctor de Cabecera Del Niño(s): _____

Nombre del Nino _____	Féc. De Nac _____	Sexo _____
Nombre del Nino _____	Féc. De Nac _____	Sexo _____
Nombre del Nino _____	Féc. De Nac _____	Sexo _____
Nombre del Nino _____	Féc. De Nac _____	Sexo _____

Divorcio o separación/los Niños viven con: _____

Forma preferida para confirmar citas: Llamada telefónica # _____ **O** Texto # _____

Número de contacto principal de la madre: Casa Celular

Nombre de la Madre _____ Féc. De Nac. _____

Teléfono de Casa _____ Celular _____

Domicilio físico _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Domicilio Postal _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Número de seguro _____ Trabajo _____ Correo electrónico _____

Nombre del Padrastro _____ Féc. De Nac. _____ Celular _____

Número de contacto principal del padre: Casa Celular

Nombre del Padre _____ Féc. De Nac. _____

Teléfono de Casa _____ Celular _____

Domicilio físico _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Domicilio Postal _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Número de seguro _____ Trabajo _____ Correo electrónico _____

Nombre de la Madrastra _____ Féc. De Nac. _____ Celular _____

Por favor acuse de recibo inicial de los siguientes:

_____ Manual (Guía del Paciente) incluye el Código de Conducta

_____ La recepción de las Prácticas de Privacidad (HIPAA)

_____ Vacunas VIS Documentos (dada antes de la administración de vacunas)

Fecha _____

Nombre De Impresión _____ Firma _____

(Padre/Tutor legal)

(Padre/Tutor legal)