



VALLEY OAK
PEDIATRIC ASSOCIATES

Demografía del paciente

Doctor de Cabecera Del Niño(s): _____

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

Divorcio o separación/los Niños viven con: _____

Forma preferida para confirmar citas: Llamada telefónica # _____ 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)



VALLEY OAK
PEDIATRIC ASSOCIATES

AUTORIZACION PARA AUTORIZAR EL TRATAMIENTO DE MENORES

Yo y nosotros, _____ bajo la tutela legal de los padres:
(Padre/Tutor legal)

Nombre del Nino(a) _____	Féc. De Nac _____
Nombre del Nino(a) _____	Féc. De Nac _____
Nombre del Nino(a) _____	Féc. De Nac _____
Nombre del Nino(a) _____	Féc. De Nac _____

Menor (s), por la presente autorizan (es decir, nombre de pariente, niñera, amigo, etc.)

Dar su consentimiento, en mi ausencia, a cualquier examen o tratamiento, incluyendo exámenes físicos de rutina e inmunizaciones, lo cual se considera aconsejable. Se entiende que la autorización se da por adelantado, pero se da para proporcionar autoridad y poder por parte de nuestro agente anteriormente mencionado para dar un consentimiento específico. **Esto expirará un año a partir de la fecha firmada.**

Contacto de emergencia (excepto los padres) _____

Relación (al paciente) _____ número de teléfono _____

Fecha: _____

Nombre De Impresión: _____ Firma: _____

Testigo: _____
Revised December 7, 2018