

**FOLHA DEMOGRAFICA PACIENTE**

Portuguese version 3/15

**Por favor impressão (Lista todas as crianças separadamente, Círculo o parente que cada criança vive com, vire a página para informações adicionais)**

Nome da Criança completo \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Seguro primária \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_ Grp# \_\_\_\_\_ Copay \$ \_\_\_\_\_

Assinante Nome \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ Relação com o paciente \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

Seguro secundário \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_ Grp# \_\_\_\_\_ Copay \$ \_\_\_\_\_

Assinante Nome \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ Relação com o paciente \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

Pai / Mãe nome completo \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_ Cidade / Estado / CEP \_\_\_\_\_

Número de telefone residencial \_\_\_\_\_ Número de telefone celular \_\_\_\_\_ Trabalhe Telefone \_\_\_\_\_

Nome do empregador / Endereço \_\_\_\_\_

Pai / Mãe nome completo \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_ Cidade / Estado / CEP \_\_\_\_\_

Número de telefone residencial \_\_\_\_\_ Número de telefone celular \_\_\_\_\_ Trabalhe Telefone \_\_\_\_\_

Nome do empregador / Endereço \_\_\_\_\_

Criança é elegível para as imunizações por meio do Programa VFC porque ele / ela é:  
American Indian (nativo americano) ou Nativo do AlascaCriança não é elegível VFC porque ele / ela tem:  
seguro de saúde (que abrange todas as vacinas recomendadas na infância e as vacinas adolescentes) e não é índio americano (nativo americano) ou Alasca Naitve

Etnia não-Hispânico Hispânico Recuse-se a informar Raça \_\_\_\_\_ Recuse-se a informar

Nome da Criança completo \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Seguro primária \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_ Grp# \_\_\_\_\_ Copay \$ \_\_\_\_\_

Assinante Nome \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ Relação com o paciente \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

Seguro secundário \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_ Grp# \_\_\_\_\_ Copay \$ \_\_\_\_\_

Assinante Nome \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ Relação com o paciente \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

Pai / Mãe nome completo \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_ Cidade / Estado / CEP \_\_\_\_\_

Número de telefone residencial \_\_\_\_\_ Número de telefone celular \_\_\_\_\_ Trabalhe Telefone \_\_\_\_\_

Nome do empregador / Endereço \_\_\_\_\_

Pai / Mãe nome completo \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_ Cidade / Estado / CEP \_\_\_\_\_

Número de telefone residencial \_\_\_\_\_ Número de telefone celular \_\_\_\_\_ Trabalhe Telefone \_\_\_\_\_

Nome do empregador / Endereço \_\_\_\_\_

Criança é elegível para as imunizações por meio do Programa VFC porque ele / ela é:  
American Indian (nativo americano) ou Nativo do AlascaCriança não é elegível VFC porque ele / ela tem:  
seguro de saúde (que abrange todas as vacinas recomendadas na infância e as vacinas adolescentes) e não é índio americano (nativo americano) ou Alasca Naitve

Etnia não-Hispânico Hispânico Recuse-se a informar Raça \_\_\_\_\_ Recuse-se a informar

Nome da Criança completo \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Seguro primária \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_ Grp# \_\_\_\_\_ Copay \$ \_\_\_\_\_

Assinante Nome \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ Relação com o paciente \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

Seguro secundário \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_ Grp# \_\_\_\_\_ Copay \$ \_\_\_\_\_

Assinante Nome \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ Relação com o paciente \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

Pai / Mãe nome completo \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_ Cidade / Estado / CEP \_\_\_\_\_

Número de telefone residencial \_\_\_\_\_ Número de telefone celular \_\_\_\_\_ Trabalhe Telefone \_\_\_\_\_

Nome do empregador / Endereço \_\_\_\_\_

Pai / Mãe nome completo \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_ Cidade / Estado / CEP \_\_\_\_\_

Número de telefone residencial \_\_\_\_\_ Número de telefone celular \_\_\_\_\_ Trabalhe Telefone \_\_\_\_\_

Criança é elegível para as imunizações por meio do Programa VFC porque ele / ela é:  
American Indian (nativo americano) ou Nativo do Alasca

Criança não é elegível VFC porque ele / ela tem:  
seguro de saúde (que abrange todas as vacinas recomendadas na infância e as vacinas adolescentes) e não é índio americano (nativo americano) ou Alasca Naitve

Etnia    não-Hispânico    Hispânico    Recuse-se a informar    Raça \_\_\_\_\_    Recuse-se a informar

Nome da Criança completo \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Seguro primária \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_ Grp# \_\_\_\_\_ Copay \$ \_\_\_\_\_

Assinante Nome \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ Relação com o paciente \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

Seguro secundário \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_ Grp# \_\_\_\_\_ Copay \$ \_\_\_\_\_

Assinante Nome \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ Relação com o paciente \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

Pai / Mãe nome completo \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_ Cidade / Estado / CEP \_\_\_\_\_

Número de telefone residencial \_\_\_\_\_ Número de telefone celular \_\_\_\_\_ Trabalhe Telefone \_\_\_\_\_

Pai / Mãe nome completo \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_ Cidade / Estado / CEP \_\_\_\_\_

Número de telefone residencial \_\_\_\_\_ Número de telefone celular \_\_\_\_\_ Trabalhe Telefone \_\_\_\_\_

Nome do empregador / Endereço \_\_\_\_\_

Criança é elegível para as imunizações por meio do Programa VFC porque ele / ela é:  
American Indian (nativo americano) ou Nativo do Alasca

Criança não é elegível VFC porque ele / ela tem:  
seguro de saúde (que abrange todas as vacinas recomendadas na infância e as vacinas adolescentes) e não é índio americano (nativo americano) ou Alasca Naitve

Etnia    não-Hispânico    Hispânico    Recuse-se a informar    Raça \_\_\_\_\_    Recuse-se a informar

**Autorizo a divulgação de informações do meu filho / filhos médico necessário para processar este pedido.**

**Eu autorizo a liberação do pagamento de benefícios médicos para o médico do meu filho / filhos.**

**Eu entendo que eu sou financeiramente responsável pelo pagamento de serviço não coberto pela minha companhia de seguros.**

**Recebi uma cópia do Pediatric Associates HIPAA privacidade ato.**

**Pais / Encarregados de Educação assinatura \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_**