

HOJA DEMOGRÁFICA DEL PACIENTE (Spanish version) md/15

Por favor imprima y haga una lista de información de todos los niños por separado. Círcula el padre con el que cada niño vive. Dé la vuelta para obtener más información

Nombre del niño _____ **DOB** _____ **Género** _____ **SS#** _____

Seguro Primario _____ **ID#** _____ **Grp#** _____ **Copay \$** _____

Nombre del suscriptor _____ **DOB** _____ **Relación con el paciente** _____ **SS#** _____

Seguro Secundario _____ **ID#** _____ **Grp#** _____ **Copay \$** _____

Nombre del suscriptor _____ **DOB** _____ **Relación con el paciente** _____ **SS#** _____

Padre / Madre Nombre _____ **DOB** _____ **SS#** _____ **Estado civil** _____

Dirección _____ **Ciudad / Estado / Código Postal** _____

N ° de teléfono _____ **trabajo #** _____ **Teléfono celular #** _____

Padre / Madre Nombre _____ **DOB** _____ **SS#** _____ **Estado civil** _____

Dirección _____ **Ciudad / Estado / Código Postal** _____

N ° de teléfono _____ **trabajo #** _____ **Teléfono celular #** _____

Niño es elegible para recibir vacunas a través del programa VFC federal, ya que él / ella:

Indio Americano (nativo americano) o nativo de

El niño no VFC con derecho porque él / ella:

tiene seguro de salud (que cubre toda la recomendada en la infancia y la vacunación del adolescente) y no es indio americano (nativo americano) o nativo de Alaska

Ethnicity: Hispanic Non-Hispanic Se niegan a denunciar

Race: _____ Se niegan a denunciar

Nombre del niño _____ **DOB** _____ **Género** _____ **SS#** _____

Seguro Primario _____ **ID#** _____ **Grp#** _____ **Copay \$** _____

Nombre del suscriptor _____ **DOB** _____ **Relación con el paciente** _____ **SS#** _____

Seguro Secundario _____ **ID#** _____ **Grp#** _____ **Copay \$** _____

Nombre del suscriptor _____ **DOB** _____ **Relación con el paciente** _____ **SS#** _____

Padre / Madre Nombre _____ **DOB** _____ **SS#** _____ **Estado civil** _____

Dirección _____ **Ciudad / Estado / Código Postal** _____

N ° de teléfono _____ **trabajo #** _____ **Teléfono celular #** _____

Padre / Madre Nombre _____ **DOB** _____ **SS#** _____ **Estado civil** _____

Dirección _____ **Ciudad / Estado / Código Postal** _____

N ° de teléfono _____ **trabajo #** _____ **Teléfono celular #** _____

Niño es elegible para recibir vacunas a través del programa VFC federal, ya que él / ella:

Indio Americano (nativo americano) o nativo de

El niño no VFC con derecho porque él / ella:

tiene seguro de salud (que cubre toda la recomendada en la infancia y la vacunación del adolescente) y no es indio americano (nativo americano) o nativo de Alaska

Ethnicity: Hispanic Non-Hispanic Se niegan a denunciar

Race: _____ Se niegan a denunciar

Nombre del niño _____ DOB _____ Género _____ SS# _____

Seguro Primario _____ ID# _____ Grp# _____ Copay \$ _____

Nombre del suscriptor _____ DOB _____ Relación con el paciente _____ SS# _____

Seguro Secundario _____ ID# _____ Grp# _____ Copay \$ _____

Nombre del suscriptor _____ DOB _____ Relación con el paciente _____ SS# _____

Padre / Madre Nombre _____ DOB _____ SS# _____ Estado civil _____

Dirección _____ Ciudad / Estado / Código Postal _____

N ° de teléfono _____ trabajo # _____ Teléfono celular # _____

Padre / Madre Nombre _____ DOB _____ SS# _____ Estado civil _____

Dirección _____ Ciudad / Estado / Código Postal _____

N ° de teléfono _____ trabajo # _____ Teléfono celular # _____

Niño es elegible para recibir vacunas a través del programa VFC federal, ya que él / ella: El niño no VFC con derecho porque él / ella: tiene seguro de salud (que cubre toda la recomendada en la infancia y la vacunación del adolescente) y no es indio americano (nativo americano) o nativo de Alaska

Indio Americano (nativo americano) o nativo de

Ethnicity: Hispanic Non-Hispanic Se niegan a denunciar

Race: _____ Se niegan a denunciar

Nombre del niño _____ DOB _____ Género _____ SS# _____

Seguro Primario _____ ID# _____ Grp# _____ Copay \$ _____

Nombre del suscriptor _____ DOB _____ Relación con el paciente _____ SS# _____

Seguro Secundario _____ ID# _____ Grp# _____ Copay \$ _____

Nombre del suscriptor _____ DOB _____ Relación con el paciente _____ SS# _____

Padre / Madre Nombre _____ DOB _____ SS# _____ Estado civil _____

Dirección _____ Ciudad / Estado / Código Postal _____

N ° de teléfono _____ trabajo # _____ Teléfono celular # _____

Padre / Madre Nombre _____ DOB _____ SS# _____ Estado civil _____

Dirección _____ Ciudad / Estado / Código Postal _____

N ° de teléfono _____ trabajo # _____ Teléfono celular # _____

Niño es elegible para recibir vacunas a través del programa VFC federal, ya que él / ella: El niño no VFC con derecho porque él / ella: tiene seguro de salud (que cubre toda la recomendada en la infancia y la vacunación del adolescente) y no es indio americano (nativo americano) o nativo de Alaska

Indio Americano (nativo americano) o nativo de

Ethnicity: Hispanic Non-Hispanic Se niegan a denunciar

Race: _____ Se niegan a denunciar

Yo autorizo que la información médica acerca de mis hijos necesarios para procesar reclamaciones de seguros.

Yo autorizo la entrega de beneficios médicos para mis hijos al médico.

Yo entiendo que soy financieramente responsable del pago de servicios no cubiertos por mi compañía de seguros.

He recibido una copia de Pediatría Asociado HIPAA Ley de Privacidad

Los padres o tutores: _____ Fecha: _____