



The way you *should* be treated.

Información pediátrica sobre datos de pacientes

Nombre del niño _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ Sexo: Masculino Femenino

Raza infantil: _____ Etnia infantil: _____ Numero de telefono _____

Niño reside con: Ambos padres Padre Madre Otros

Nombre de la madre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio de la Madre _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de Casa _____ otro teléfono _____

Nombre del padre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio del Padre _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de Casa _____ otro teléfono _____

Guardián Legal si corresponde: _____ **Se requiere documentación legal necesaria**

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de Casa _____ otro teléfono _____

Contacto de emergencia: _____ Relación _____ Teléfono _____

Farmacia (nombre, ubicación, teléfono) _____

Farmacia de pedidos por correo (si corresponde) _____

Contacto para resultados:

Autorizo a Silver Cross Medical Group a ponerse en contacto para dar resultados a:

Sólo padres

_____ Casa

_____ Celular

¿Acepta un mensaje en el contestador automático? _____ Sí _____ No

Otro nombre _____ Relación _____

Autorización para tratar: Los padres/tutores legales por favor lean y firmen el acuerdo:

- Por la presente doy mi consentimiento para que los proveedores de la Atención Silver Cross Medical Group evalúen y traten al paciente mencionado anteriormente
- Por la presente autorizo mis beneficios de seguro a pagar directamente a Silver Cross Medical Group, dándose cuenta de que soy responsable de pagar servicios no cubiertos. Autorizo la divulgación de información médica a la compañía de seguros

Firma: _____ Fecha _____



The way you *should* be treated.™

Consentimiento para el tratamiento:

EL CONSENTIMIENTO PERMANECE EN SU LUGAR HASTA QUE SEA REVOCADO POR ESCRITO O EL NIÑO YA NO SEA MENOR DE EDAD

¿Quién puede traer _____ para citas y consentimiento para el tratamiento médico (incluidas las vacunas) que no sea el padre/tutor legal?

Nombre _____ relación con el paciente _____

Domicilio _____

Teléfono# _____

Nombre _____ relación con el paciente _____

Domicilio _____

Teléfono _____

Nombre _____ relación con el paciente _____

Domicilio _____

Teléfono _____

Nombre _____ relación con el paciente _____

Domicilio _____

Teléfono _____

Los padres/tutores legales por favor firmen:

Firma: _____ Fecha: _____
