

1er Nombre del paciente completo: _____

Fecha de Nacimiento (mes/día/año): _____ Niño / Niña

Raza: _____ Etnicidad: _____

2do Nombre del paciente completo: _____

Fecha de Nacimiento (mes/día/año): _____ Niño / Niña

Raza: _____ Etnicidad: _____

3r Nombre del paciente completo: _____

Fecha de Nacimiento (mes/día/año): _____ Niño / Niña

Raza: _____ Etnicidad: _____

Dirección de Hogar: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono (Casa): (_____) _____

Madre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Vive con el/la paciente? SI / NO Correo Electrónico: _____

Teléfono (Celular): (_____) _____

Padre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Vive con el/la paciente? SI / NO Correo Electrónico: _____

Teléfono (Celular): (_____) _____

Contacto de Emergencia: _____ Relación con el/la paciente: _____

Correo Electrónico: _____ Teléfono: _____

Contacto de Emergencia: _____ Relación con el/la paciente: _____

Correo Electrónico: _____ Teléfono: _____

Seguro de Salud (circule uno): Seguro Privado Seguro Social (Medicaid)
Tricare (Seguro militar) Pago por visita (Self pay)

Usted se enteró de nosotros por medio de? (medios sociales, Google, Yelp, Facebook, amigos/familiares, etc) _____

Puede la clínica dejar mensajes de voz en los teléfonos proveídos? SI NO

Hay alguna restricción en la familia de quienes NO tienen permiso de discutir información del paciente o traerlo/a a las citas? Si es el caso por favor provea el nombre completo de la persona/s:

**En ocasiones Starlight pediatrics le gusta poner fotos de nuestros pacientes y familias. Cada vez que esto ocurra se le preguntara si se lo puede hacer, así firme este consentimiento o no ☺ En general, usted le da permiso a Starlight de poner fotos de su niños en nuestra página en línea de Facebook? SI No

Firma: _____ Fecha: _____