### **Castro Valley Pediatrics**

Su Doctor (Favor de circular): Carim Hiramatsu Johnston Sehdev Vance

**ECRIBA CLARAMENTE, POR FAVOR**

###

|  |
| --- |
| PACIENTE DE NIÑO DE INFORMACIÓN |
| **niño #1** |  | **fecha de nacimiento** |  | **Edad** |  | **Sexo** | **M / F** |
| **Ethnicidad****Idioma preferido** | **□No-Hispano □Hispano** **□Espanol □Ingles □\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Raza** | **□Afroamericano****□Asiatico****□Americanos Nativos/Alaska Nativos****□Caucasico****□Islas del Pacifico****□Otro** |  |  |  |  |
| **niño #2** |  | **fecha de nacimiento** |  | **Edad** |  | **Sexo** | **M / F** |
| **Ethnicidad** | **□No-Hispano □Hispano**  | **Raza** | **□Afroamericano****□Asiatico****□Americanos Nativos/Alaska Nativos****□Caucasico****□Islas del Pacifico****□Otro** |  |  |  |  |
| **niño #3** |  | **fecha de nacimiento** |  | **Edad** |  | **Sexo** | **M / F** |
| **Ethnicidad** | **□No-Hispano □Hispano**  | **Raza** | **□Afroamericano****□Asiatico****□Americanos Nativos/Alaska Nativos****□Caucasico****□Islas del Pacifico****□Otro** |  |  |  |  |
| **niño #4** |  | **fecha de nacimiento** |  | **Edad** |  | **Sexo** | **M / F** |
| **Ethnicidad** | **□No-Hispano □Hispano**  | **Raza** | **□Afroamericano****□Asiatico****□Americanos Nativos/Alaska Nativos****□Caucasico****□Islas del Pacifico****□Otro** |  |  |  |  |

**PADRES/GUARDIAN**

|  |
| --- |
| Padres # 1 relación con garante: Si Mismo ☐ cónyuge ☐ Niño ☐ otros ☐ |
| **Apellido** |  | **Primero** |  | **MI** |  | **Casa Ph#** | **( )** |
| **Dirección** |  |
| **ciudad** |  | **estado** |  | **Zip** |  |
| **cell ph#** | **( )** | **trabajo teléfono** | **( ) Ext.** |
| **Estado MATRIMONIAL** |  | **número de seguro social** |  |
| **EmpLEADOR** |  | **fecha de nacimiento** |  | **Edad** |  | **Sex** | **M / F** |
| **Correo Electronico** |  |
|  |  |
| **Manera de contacto(todas las que correspondan):** | **Texto** **☐** | **telefono** **☐** | **Correo electronico** **☐** |  |  |  |
| **Padres # 2 relación con garante: Si mismo ☐ cónyuge ☐ Niño ☐ otros ☐** |
| **Apellido** |  | **Primero** |  | **MI** |  | **Cell Ph#** | **( )** |
| **Dirección** |  |
| **ciudad** |  | **estado** |  | **Zip** |  |
| **Casa teléfono** | **( )** | **trabajo teléfono** | **( ) Ext,** |
| **Estado MATRIMONIAL** |  | **número de seguro social** |  |
| **EmpLEADOR** |  | **fecha de nacimiento** |  | **edad** |  | **Sex** | **M / F** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Empresario: Asegurado (asegurado principal) información presentar su tarjeta o tarjetas de seguro a la recepcionista |
| **Nombre de seguro co:** |  | **Directiva #** |  |
| **Dirección** |  | **grupo #** |  |
| **ciudad** |  | **estado** |  | **Zip** |  |
| **relación para los pacientes a asegurado: Si mismo ☐ cónyuge ☐ Niño ☐ otros ☐** |
| **En Nombre De Quien Esta La Polisa** |  | **Dirección** |  |
| **ciudad** |  | **estado** |  | **Zip** |  |
| **teléfono** | **( )** | **fecha de nacimiento** |  | **Sex: Male** **☐ femenino** **☐** |
| **EmplEADOR:** |  |
| Empresario: Asegurado (asegurado principal) información Por Favor presentar su tarjeta o tarjetas de  seguro a la recepcionista |
| **Nombre de seguro co:** |  | **Directiva #** |  |
| **Dirección** |  | **grupo #** |  |
| **ciudad** |  | **estado** |  | **Zip** |  |
| **relación para los pacientes a asegurado: Si mismo ☐ cónyuge ☐ Niño ☐ otros ☐** |
| **En Nombre De Quien Esta La Polisa** |  | **Dirección** |  |
| **ciudad** |  | **estado** |  | **Zip** |  |
| **teléfono** | **( )** | **fecha de nacimiento** |  | **Sex: Male ☐ femenino ☐** |
| **EmplEADOR:** |  |
|  |

Empresario: autorizar la liberación de todos los registros médicos refiriéndose médicos y de mi compañía de seguros. Autorizo aún más seguros los pagos a hacerse directamente a Castro Valley pediatría. Entiendo pago es debida al tiempo de servicios.

Firma of Responsible Party \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_