### **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 seguroa 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 deseguro 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_