



### Formulario de Demografía

Por favor notifique a nuestra oficina de inmediato si alguna de la información a continuación cambia.

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento (mm/dd/yyyy) \_\_\_\_\_ Género (Marque uno):  M  F

Dirección del Hogar: \_\_\_\_\_  
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

#### El paciente actualmente reside con:

- Ambos padres  Madre  Padre  Tutor Legal  Padre de acogida

#### Demografía del Paciente:

El Gobierno Federal requiere que todos los consultorios médicos recopilen la siguiente información de los pacientes. Existe una disposición en la ley que permite a los pacientes no responder estas preguntas.

- 1. Etnicidad del niño (Seleccione una)
 Hispano o Latino
 No Hispano o Latino
 Prefiero no responder
2. Raza del niño (Seleccione una)
 Indio Americano/Nativo de Alaska
 Asiático
 Negro o Afroamericano
 Nativo de Hawái o Isleño del Pacífico
 Blanco/Caucásico
 Otro
 Prefiero no responder
3. Idioma preferido del niño (Seleccione uno):
 Inglés
 Español
 Otro: \_\_\_\_\_
 Prefiero no responder

#### Información del Padre/Tutor:

NOTA: Todos los arreglos de tutela, custodia y colocación (incluidos órdenes judiciales de acogida, cuidado familiar y acuerdos de custodia legal) deben estar documentados en el expediente del paciente. La documentación legal debe proporcionarse en la primera visita y cada vez que haya cambios.

Nombre del Padre/Tutor 1: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ (h) \_\_\_\_\_ (c) \_\_\_\_\_ (t)

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Tutor 2: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ (h) \_\_\_\_\_ (c) \_\_\_\_\_ (t)

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

¿Quién debe ser el contacto principal?  Padre/Tutor 1  Padre/Tutor 2

Información de Pago de Servicios: \_\_\_ Marque aquí si el paciente paga por cuenta propia

Seguro Primario: \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

Nombre del Titular de la Póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Seguro Secundario: \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

Nombre del Titular de la Póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_



**Individuos Autorizados:**

Enumere a cualquier persona distinta de los padres o tutores legales que pueda acompañar al paciente a citas, recibir información médica/consejos y/o programar citas.

	Nombre	Relación	Teléfono
Contacto de Emergencia			
Contacto #2			
Contacto #3			
Contacto #4			

Entiendo que cualquier persona que no sea tutor legal o cuyo nombre no aparezca en la lista de Individuos Autorizados no podrá recibir información médica ni programar citas, ni acompañar a mi hijo sin un permiso adicional por escrito. **Iniciales:**

**Consentimiento para Tratar**

Doy fe de que soy el padre o tutor legal del paciente mencionado y tengo autoridad para tomar decisiones médicas en nombre de mi hijo. Autorizo a los proveedores y personal clínico de South Carolina Pediatric Alliance a evaluar, examinar, diagnosticar y brindar tratamiento médico a mi hijo según lo consideren necesario. Este consentimiento seguirá vigente hasta ser revocado por escrito.

**Nombre de la persona que completa el formulario (en letra de imprenta):** \_\_\_\_\_

**Firma del Padre/Tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

*Paciente o Padre/Tutor si el paciente es menor de 16 años*