



Clinica de Portland

2701 NW Vaughn Street
Suite 360
Portland, OR 97210
(503) 227-0671

Clinica de Tigard

7150 SW Dartmouth Street
Tigard, OR 97223
(503) 968-3480

Clinica de Beaverton

14795 SW Murray Scholls
Drive, Suite 121
Beaverton, OR 97007
(503) 673-10771

PACIENTE

Nombre (Apellido, 1er nombre, 2do nombre):

Nombre preferido:

Fecha de nacimiento:

Sexo: ☐ M ☐ F

Doctor de cabecera:

Origen étnico:

☐ Hispano o Latino ☐ No es hispano ni latino ☐ El paciente se niega a contestar

Raza:

☐ Asiático ☐ Chino ☐ Filipino ☐ Japonés ☐ Blanco ☐ Indio Americano o Nativo de Alaska ☐ Hispano ☐ Negro o Afroamericano ☐ Nativo de Hawaii u otras islas del Pacífico ☐ Europeo ☐ Medio Este o del Norte de África ☐ Otra raza ☐ Paciente se niega a contestar

¿Necesita intérprete?: ☐ No ☐ Sí

Idioma que prefiere:

Dirección del hogar:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Teléfono principal:

☐ ¿Está bien mandar mensaje de texto?

Si el paciente es adolescente, ¿es del paciente este teléfono? ☐ No ☐ Sí

Correo electrónico:

☐ ¿Está bien mandar correo electrónico?

Si el paciente es adolescente, ¿es del paciente este correo electrónico? ☐ No ☐ Sí

Contacto de emergencia (aparte de los padres o tutor):

Nombre	Parentesco con el paciente	Número de teléfono
Fuente de la recomendación: ☐ Pariente ☐ Amigo ☐ Compañero de trabajo ☐ Hospital/Sala de emergencia ☐ Portal de internet ☐ Búsqueda en Internet ☐ Remitido por un doctor ☐ Compañía de seguro ☐ Medicaid ☐ Otro:		
Farmacia de preferencia		
Nombre:	Teléfono:	
Dirección:		

PADRE/TUTOR

Nombre del 1er padre:

Fecha de nacimiento:

Dirección: ☐ La misma dirección que el paciente

Dirección

Ciudad, Estado, Código postal

Teléfono principal:

☐ Está bien enviar mensaje de texto

Tipo de teléfono: ☐ Hogar ☐ Celular ☐ Trabajo

Correo electrónico:

☐ Está bien mandar correo electrónico

Empleo:

Nombre del 2do padre:

Fecha de nacimiento:

Dirección: ☐ La misma dirección que el paciente

Dirección

Ciudad, Estado, Código postal

Teléfono principal:

☐ Está bien enviar mensaje de texto

Tipo de teléfono: ☐ Hogar ☐ Celular ☐ Trabajo

Correo electrónico:

☐ Está bien mandar correo electrónico

Empleo:

SEGURO MEDICO

Compañía de seguro principal:

Dirección para enviar reclamos:

Nº de teléfono:

Nº de póliza:

Nº de grupo #:

Copago:

Fecha de entrada en vigencia:

Suscriptor:

Fecha de nacimiento:

Parentesco con el paciente:

Compañía de seguro secundaria:

Dirección para enviar reclamos: _____

Nº de teléfono: _____

Nº de póliza: _____

Nº de grupo #: _____

Copago: _____

Fecha de entrada en vigencia: _____

Suscriptor: _____

Fecha de nacimiento: _____

Parentesco con el paciente: _____

Por la presente, autorizo que Pediatric Associates of the Northwest le brinde servicios médicos al paciente mencionado anteriormente y use y divulgue información médica según sea necesario para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. Autorizo que Pediatric Associates of the Northwest me reconozca como participante del Programa de Hogar de Atención Primaria Centrada en el Paciente. He recibido una copia del Aviso de las Prácticas de Privacidad y la Política Financiera vigentes de Pediatric Associates of the Northwest.

Firma: _____

Fecha: _____

PANW ofrece información administrativa útil mediante mensajes de texto y correo electrónico sin encriptar, como recordatorios de citas. Existe cierto riesgo con este tipo de información en un mensaje de texto o correo electrónico normal, ya que podría ser leída por otra persona que no sea usted. Por favor avísenos si desea que nos comuniquemos con usted por mensaje de texto o correo electrónico haciendo clic en "Está bien enviar mensajes de texto o correo electrónico" junto al teléfono o correo electrónico donde prefiere recibir dichos mensajes. Puede seleccionar uno, los dos o ninguno de los métodos. No utilizamos métodos de comunicación sin encriptar para hablar sobre diagnósticos, medicamentos o tratamientos específicos para su salud. Tales conversaciones se realizarán en persona, por teléfono o a través de nuestro portal para pacientes. Por favor, escriba sus iniciales para indicar que ha leído esta declaración y acepta las indicaciones anteriores.

Sus iniciales