



Hometown Pediatrics

22136 medical village drive • athens, al 35613

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:	☐ Masculino ☐ Femenina
Raza del niño: ☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ asiático ☐ afroamericano ☐ Blanco ☐ Desconocido ☐ Paciente rechazado ☐ Otro	Origen étnico del niño: ☐ hispano o latino ☐ No Hispano o Latino ☐ Paciente rechazado ☐ Desconocido	Paciente adoptado o en custodia: ☐ Sí (en caso afirmativo, proporcione documentación legal para la historia clínica del paciente) ☐ No
Seguro: ☐ Auto pago ☐ Privado ☐ Seguro de enfermedad	Medicaid / Allkids #:	Proveedor preferido:

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:	☐ Masculino ☐ Femenina
Raza del niño: ☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ asiático ☐ afroamericano ☐ Blanco ☐ Desconocido ☐ Paciente rechazado ☐ Otro	Origen étnico del niño: ☐ hispano o latino ☐ No Hispano o Latino ☐ Paciente rechazado ☐ Desconocido	Paciente adoptado o en custodia: ☐ Sí (en caso afirmativo, proporcione documentación legal para la historia clínica del paciente) ☐ No
Seguro: ☐ Auto pago ☐ Privado ☐ Seguro de enfermedad	Medicaid / Allkids #:	Proveedor preferido:

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:	☐ Masculino ☐ Femenina
Raza del niño: ☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ asiático ☐ afroamericano ☐ Blanco ☐ Desconocido ☐ Paciente rechazado ☐ Otro	Origen étnico del niño: ☐ hispano o latino ☐ No Hispano o Latino ☐ Paciente rechazado ☐ Desconocido	Paciente adoptado o en custodia: ☐ Sí (en caso afirmativo, proporcione documentación legal para la historia clínica del paciente) ☐ No
Seguro: ☐ Auto pago ☐ Privado ☐ Seguro de enfermedad	Medicaid / Allkids #:	Proveedor preferido:

Información del padre / tutor

Padre / tutor legal:	Padre / tutor legal:
Fecha de nacimiento:	Fecha de nacimiento:
Dirección:	Dirección:
Número de teléfono primario:	Número de teléfono primario:
Numero de telefono secundario:	Numero de telefono secundario:
Dirección de correo electrónico:	Dirección de correo electrónico:

Seguro primario privado

Nombre del plan:	Número de identificación de la póliza:	Grupo #:
Nombre del titular de la póliza:	Fecha de nacimiento:	SS #:

Seguro secundario

Nombre del plan:	Número de identificación de la póliza:	Grupo #:
Nombre del titular de la póliza:	Fecha de nacimiento:	SS #:

Padre o tutor legal (en letra de imprenta)

Firma del padre o tutor legal

Fecha