

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M \_\_\_\_ F \_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Apodo: \_\_\_\_\_ Número de seguro social del niño: \_\_\_\_\_  
Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ Nombre del Padre: \_\_\_\_\_  
Cuidador principal: \_\_\_\_\_ Relación con el niño: \_\_\_\_\_ Número de licencia de conducir: \_\_\_\_\_  
Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Otro teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección particular: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Idioma principal hablado: \_\_\_\_\_

Además de los padres/tutores, ¿quién más está autorizado a traer al niño para recibir tratamiento médico?

\_\_\_\_\_

Relación con el niño: \_\_\_\_\_

### Otros hermanos:

1. Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
2. Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL SEGURO

### **Información del seguro primario**

**Nombre del seguro:** \_\_\_\_\_

Persona financieramente responsable: \_\_\_\_\_ Nombre del asegurado principal: \_\_\_\_\_

Titular primario del seguro: Madre \_\_\_\_ Padre \_\_\_\_ Tutor \_\_\_\_ Otro \_\_\_\_

Fecha de nacimiento del titular del seguro principal: \_\_\_\_\_ Número de licencia de conducir: \_\_\_\_\_

Nombre del plan: \_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_

Número de grupo: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_

## CONTACTO DE EMERGENCIA

En caso de emergencia, ¿a quién contactaremos?

1. Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
2. Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

## Liberación y Asignación

**Certifico que mi menor/hijo está cubierto por un seguro con \_\_\_\_\_ (nombre del proveedor) y está asignado directamente al Dr. Shankaraiah/ Dr. Pallavi Shankaraiah/ Alyssa Witters, APRN/ Anna Klimowska, APRN en Lake Worth Pediatrics para todos los beneficios del seguro, si los hubiera, pagaderos a mí por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, ya sean pagados o no por el seguro. Por la presente autorizo a los médicos a divulgar toda la información necesaria para garantizar los pagos y beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todas mis presentaciones de seguros, ya sean manuales o electrónicas. Yo, el abajo firmante y padre/tutor de \_\_\_\_\_ (niño), por la presente autorizo a los proveedores de Lake Worth Pediatrics a proporcionar todo el tratamiento médico para el paciente mencionado anteriormente, según lo consideren conveniente a su discreción. Entiendo que Lake Worth Pediatrics recomienda participar conmigo en servicios de telesalud para brindarme tratamiento. Entiendo la información sobre telesalud y por la presente doy mi consentimiento informado para el uso de telesalud. La autorización se considerará efectiva a partir de \_\_\_\_\_ (fecha de hoy) y permanecerá vigente hasta que el abajo firmante la rescinda.**

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha