

PATIENT INFORMATION

LAST NAME: _____ FIRST NAME: _____ MIDDLE INITIAL: _____
BIRTH DATE: ____/____/____ SEX: M F LANGUAGE: english spanish other: _____
PRIMARY ADDRESS: _____ CITY: _____ STATE: _____ ZIP: _____
SOC. SEC. # _____ E-MAIL: _____
CELL PHONE: _____ HOME PHONE: _____ EMERGENCY CONTACT: _____
ETHNICITY: hispanic or latino non-hispanic or latino declined to specify
RACE: american indian or alaska native asian black or african -american hawaiian or pacific islander white
PATIENT RESIDES (LIVES) WITH: parent 1 parent 2 (check both if applicable)

PARENT 1 / GUARDIAN'S INFORMATION

LAST NAME: _____ FIRST NAME: _____ MIDDLE INITIAL: _____
BIRTH DATE: ____/____/____ SEX: M F LANGUAGE: english spanish RELATIONSHIP TO CHILD: _____
PARENT 1 CUSTODY OVER PATIENT: joint exclusive emergency only financial only none
PRIMARY ADDRESS: _____ CITY: _____ STATE: _____ ZIP: _____
SOC. SEC. # _____ E-MAIL: _____
CELL PHONE: _____ WORK PHONE: _____ HOME PHONE: _____

PARENT 2 / GUARDIAN'S INFORMATION

LAST NAME: _____ FIRST NAME: _____ MIDDLE INITIAL: _____
BIRTH DATE: ____/____/____ SEX: M F LANGUAGE: english spanish RELATIONSHIP TO CHILD: _____
PARENT 2 CUSTODY OVER PATIENT: joint exclusive emergency only financial only none
PRIMARY ADDRESS: _____ CITY: _____ STATE: _____ ZIP: _____
SOC. SEC. # _____ E-MAIL: _____
CELL PHONE: _____ WORK PHONE: _____ HOME PHONE: _____

PREFERRED CONTACT METHODS:

Please check-mark "one" of the following in each section

WHICH PARENT SHOULD WE SEND THE FOLLOWING REMINDERS / NOTICES TO:

(check only one)

- parent 1
 parent 2

MEDICAL ISSUE:

- e-mail
 text to cell
 cell phone
 home phone
 work phone

APPOINTMENT REMINDERS:

- e-mail
 text to cell
 cell phone
 home phone
 work phone

RECALLS:

- e-mail
 text to cell
 cell phone
 home phone
 work phone

GENERAL NOTICES:

- e-mail
 text to cell
 cell phone
 home phone
 work phone

PATIENT PORTAL MESSAGES:

- e-mail
 text to cell

BILLING STATEMENTS:

- patient portal
 mail address

AUTHORIZATION TO PAY

I HEREBY AUTHORIZE THIS HEALTHCARE PROVIDER TO RELEASE ALL INFORMATION NECESSARY TO SECURE PAYMENT OF BENEFITS. I FURTHER AUTHORIZE PAYMENT DIRECTLY TO PASO DEL NORTE PEDIATRICS, P.A. OR SOUTHWEST PEDIATRIC NIGHT CLINIC OF EL PASO, P.A. FOR MEDICAL BENEFITS OTHERWISE PAYABLE TO ME FOR SERVICES. I UNDERSTAND THAT I AM FINANCIALLY RESPONSIBLE FOR THE CHARGES NOT COVERED BY MY INSURANCE.

signature of responsible party

relation to patient

date

INFORMACION DEL PACIENTE

APELLIDO: _____ NOMBRE: _____ SEGUNDA INICIAL: _____
FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ GÉNERO: M F IDIOMA: inglés español otro: _____
DOMICILIO: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____
SEGURO SOCIAL: _____ CORREO ELECTRONICO: _____
TEL. CELULAR: _____ TEL. DE CASA: _____ CONTACTO DE EMERGENCIA: _____
ETNICIDAD: hispano o latino no es hispano o latino niego especificar
RAZA: indio americano O nativo de alaska asiático afro-americano hawaiano o de las Islas del pacífico blanco
PACIENTE VIVE CON: pariente 1 pariente 2 *(escoja los dos si es aplicable)*

INFORMACION DEL PARIENTE 1 / GUARDIAN 1

APELLIDO: _____ NOMBRE: _____ SEGUNDA INICIAL: _____
FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ GÉNERO: M F IDIOMA: inglés español RELACIÓN AL PACIENTE: _____
CUSTODIA DEL PACIENTE POR PARIENTE 1: compartida exclusivo emergencia solamente financiero solamente ninguno
DOMICILIO: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____
SEGURO SOCIAL: _____ CORREO ELECTRONICO: _____
TEL. CELULAR: _____ TEL. TRABAJO: _____ TEL. DE CASA: _____

INFORMACION DE PARIENTE 2 / GUARDIAN 2

APELLIDO: _____ NOMBRE: _____ SEGUNDA INICIAL: _____
FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ GÉNERO: M F IDIOMA: inglés español RELACIÓN AL PACIENTE: _____
CUSTODIA DEL PACIENTE POR PARIENTE 2: compartida exclusivo emergencia solamente financiero solamente ninguno
DOMICILIO: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____
SEGURO SOCIAL: _____ CORREO ELECTRONICO: _____
TEL. CELULAR: _____ TEL. TRABAJO: _____ TEL. DE CASA: _____

METODO DE CONTACTO DE PREFERENCIA

Por favor escoja "una" opción de cada categoría

A QUE PARIENTE DEBEMOS

ENVIAR LOS SIGUIENTES

RECORDATORIOS / AVISOS:

(escoja solamente una)

- pariente 1
 pariente 2

PROBLEMA MEDICO:

- correo electrónico
 mensaje de texto
 teléfono celular
 teléfono de casa
 teléfono de trabajo

RECORDATORIO DE CITAS:

- correo electrónico
 mensaje de texto
 teléfono celular
 teléfono de casa
 teléfono de trabajo

AVISOS:

- correo electrónico
 mensaje de texto
 teléfono celular
 teléfono de casa
 teléfono de trabajo

NOTICIAS GENERALES:

- correo electrónico
 mensaje de texto
 teléfono celular
 teléfono de casa
 teléfono de trabajo

MENSAJES DE PORTAL DE PACIENTES:

- correo electrónico
 mensaje de texto

ESTADOS DE CUENTA:

- portal de pacientes
 domicilio

AUTORIZACION DE PAGO

POR LA PRESENTE AUTORIZO A ESTE PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA PARA LIBERAR TODA LA INFORMACIÓN NECESARIA AL SEGURO DEL PAGO DEL BENEFICIOS. ADEMÁS, AUTORIZO EL PAGO DIRECTAMENTE AL PASO DEL NORTE PEDIATRICS, P.A. O SOUTHWEST PEDIATRIC NIGHT CLINIC OF EL PASO, P.A. POR BENEFICIOS MÉDICOS QUE SE OTORQUE A MI SERVICIO. ME COMPROMETO A SER COMPLETAMENTE RESPONSABLE POR CARGOS NO CUBIERTOS POR MÍ A SEGURANZA.

Firma del Padre/Madre/Guardián

Relación al Paciente

Fecha