

**AUSTIN**  
1301 Barbara Jordan Blvd, Suite 302  
Austin, TX 78723

**CEDAR PARK**  
1301 Medical Pkwy, Suite 310  
Cedar Park, TX 78613

**PHONE:** (512) 472-6134  
**FAX:** (512) 472-2928  
**childrensurology.com**



# Información del Paciente

## Paciente

Apellido:\* \_\_\_\_\_ Primer Nombre:\* \_\_\_\_\_ Apodo: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento:\* \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_ Genero:\* Masculino \_\_\_ Femenino \_\_\_ No binario: \_\_\_  
Race: Indio Americano o Nativo de Alaska \_\_\_ Asiatico \_\_\_ Afroamericano \_\_\_ Nativo de Hawai o otra Isla del Pacifico \_\_\_ Blanco Americano \_\_\_  
Otro \_\_\_\_\_ Negar \_\_\_  
Ethnicidad: Hispano/Latino \_\_\_ No Hispano/Latino \_\_\_ Otro \_\_\_\_\_ Negar \_\_\_  
¿Quién refirió al paciente? (Por favor **MARQUE** uno) **FAMILIA** \_\_\_ **AMIGO** \_\_\_ **REMISION MEDICA** \_\_\_ **SITIO WEB** \_\_\_  
¿Quién lo refirió? \_\_\_\_\_ Nombre de pediatra:\* \_\_\_\_\_ Teléfono:\* \_\_\_\_\_

**En caso de que uno de los padres no pueda acompañar al paciente, por favor indique los nombres de las personas a las que está permitiendo acompañar y haga posibles decisiones medicas para el paciente menor.**

**NOMBRE:\*** \_\_\_\_\_ **RELACIÓN:\*** \_\_\_\_\_  
**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **RELACIÓN:** \_\_\_\_\_

## Padre / Tutor 1

Apellido:\* \_\_\_\_\_ Primer Nombre:\* \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento:\* \_\_\_\_\_ Seguro Social:\* \_\_\_\_\_  
Domicilio:\* \_\_\_\_\_ Ciudad:\* \_\_\_\_\_ Estado:\* \_\_\_\_\_ Código Postal:\* \_\_\_\_\_  
Numero de celular:\* \_\_\_\_\_ Numero Secundario:\* \_\_\_\_\_ Correo electrónico:\* \_\_\_\_\_  
Estado civil:\* Soltero/a \_\_\_ Casado/a \_\_\_ Divorciado/a \_\_\_ Viudo/a \_\_\_

## Padre / Tutor 2

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Numero de celular: \_\_\_\_\_ Numero Secundario: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Estado civil: Soltero/a \_\_\_ Casado/a \_\_\_ Divorciado/a \_\_\_ Viudo/a \_\_\_

## Contacto de Emergencia

Apellido:\* \_\_\_\_\_ Primer Nombre:\* \_\_\_\_\_ Relación:\* \_\_\_\_\_  
Numero de celular:\* \_\_\_\_\_ Numero Secundario:\* \_\_\_\_\_

## Seguro Médico

### **Asegurado**

Apellido:\* \_\_\_\_\_ Primer Nombre:\* \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento:\* \_\_\_\_\_  
Proveedor de Seguro Médico:\* \_\_\_\_\_ Número de Identificación del seguro:\* \_\_\_\_\_ Número de grupo:\* \_\_\_\_\_  
Número de teléfono del proveedor (de la tarjeta del seguro):\* \_\_\_\_\_ Seguro Social: \* \_\_\_\_\_ Relación de paciente:\* \_\_\_\_\_

### **Seguro Médico Adicional**

### **Asegurado**

Apellido:\* \_\_\_\_\_ Primer Nombre:\* \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento:\* \_\_\_\_\_  
Proveedor de Seguro Médico:\* \_\_\_\_\_ Número de Identificación del seguro:\* \_\_\_\_\_ Número de grupo:\* \_\_\_\_\_  
Número de teléfono del proveedor (de la tarjeta del seguro):\* \_\_\_\_\_ Seguro Social: \* \_\_\_\_\_ Relación de paciente:\* \_\_\_\_\_

**DESEO SER CONTACTADO DE LA SIGUIENTE MANERA(S) - (Marque todo lo que corresponda)**

**TELÉFONO DE CASA**

- Esta bien dejar un mensaje con información y detalle  
 Dejar mensaje con un número de teléfono donde puedo devolver la llamada

**TELÉFONO DE TRABAJO**

- Esta bien dejar un mensaje con información y detalle  
 Dejar mensaje con un número de teléfono donde puedo devolver la llamada

**TELÉFONO CELULAR MÓVIL**

- Esta bien dejar un mensaje con información y detalle  
 Dejar mensaje con un número de teléfono donde puedo devolver la llamada

**COMUNICACIÓN ESCRITA**

- De acuerdo con una comunicación escrita al domicilio

**PORTAL DEL PACIENTE**

Correo electrónico: \* \_\_\_\_\_

**FIRMAR CON INICIALES**

- Reconozco que he revisado el aviso de HIPAA política de prácticas de privacidad en [childrensurology.com](http://childrensurology.com).  
Esto se puede encontrar en la página de [childrensurology.com/Patient Information/Forms & Information/HIPAA Notice of Privacy Practices](http://childrensurology.com/Patient Information/Forms & Information/HIPAA Notice of Privacy Practices).

Por la presente doy autorización para el pago de beneficios de seguro que se harán directamente a Children's Urology por los servicios prestados. **Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, estén o no cubiertos por mi seguro médico.**

En caso de incumplimiento, acepto pagar todos los costos de cobros y honorarios razonables de abogado. Por la presente autorizo a este proveedor de atención médica a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago de los beneficios. También acepto una fotocopia de este Acuerdo sea válida como el original.

Nombre impreso del paciente: \* \_\_\_\_\_

Firma del paciente (o responsable legal si es menor de edad):\* \_\_\_\_\_ Fecha: \* \_\_\_\_\_