HOLLAND PEDIATRIC ASSOCIATES, PLC

926 Washington Ave., Building C • Holland, MI 49423 • www.hollandpediatrics.com • P: 616.393.0166 • F: 616.393.0167

HOJA DE INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE DE MENORES

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE, FECHA DE NACIMIENTO Y GÉNERO

Primer Nombre Legal _____ Apellido Legal _____ Fecha de Nacimiento _____

☐ Masculino
☐ Femenino

DIRECCIÓN

Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

DEMOGRAFÍA

RAZA (Marque todo lo que corresponda)

☐ Blanco/Caucásico ☐ Negro/Afroamericano
☐ Asiático ☐ Indio Americano/Native de Alaska
☐ Prefieren no informar ☐ Otro: _____

ETNICIDAD (Marquie uno)

☐ Hispano o Latino
☐ NO Hispano o Latino
☐ Prefieren no informar

IDIOMA (Marquie idioma principal)

☐ Inglés ☐ Español
☐ Mandarín ☐ Coreano
☐ Otro: _____
☐ Prefieren no informar

INFORMACIÓN PARA LOS PADRES

ESTADO CIVIL el estado civil de los padres biológicos/adoptivos o tutores legales

☐ Casado ☐ Vivir Juntos ☐ Divorciado ☐ Separados ☐ Otro: _____

Si los padres adoptivos/biológicos o tutores legales no viven en la misma casa ,que hace que el paciente reside con: ☐ Madre ☐ Padre

PADRE

NOMBER, FECHA DE NACIMIENTO Y RELACIÓN CON EL PACIENTE

Primer Nombre _____ Apellido Legal _____ Fecha de Nacimiento _____

☐ Biológicos/Adoptivos
☐ Tutores Legales

DIRECCIÓN ■ Compruebe si la dirección del padre es la misma que la del paciente.

Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

NÚMERO DE TELÉFONO NOTA: Por favor, indique qué tipo de número (celular, casa, de cellular madrastra).

Primario _____ Tipo _____ Secundario _____ Tipo _____ Terciario _____ Tipo _____

SOCIO DEL PADRE ■ Compruebe si el padre del cónyuge/pareja es la madre biológica/adoptiva del paciente de su tutor legal.

Primer Nombre _____ Apellido Legal _____ Fecha de Nacimiento _____

☐ Esposa
☐ De Otro Significativo

MADRE

NOMBER, FECHA DE NACIMIENTO Y RELACIÓN CON EL PACIENTE

Primer Nombre _____ Apellido Legal _____ Fecha de Nacimiento _____

☐ Biológicos/Adoptivos
☐ Tutores Legales

DIRECCIÓN ■ Compruebe si la dirección de la madre es la misma que la del paciente.

Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

NÚMERO DE TELÉFONO NOTA: Por favor, indique qué tipo de número (celular, casa, de cellular madrastra).

Primario _____ Tipo _____ Secundario _____ Tipo _____ Terciario _____ Tipo _____

SOCIO DE LA MADRE ■ Compruebe si el madre del cónyuge/pareja es la padre biológica/adoptiva del paciente de su tutor legal.

Primer Nombre _____ Apellido Legal _____ Fecha de Nacimiento _____

☐ Esposa
☐ De Otro Significativo

FIRMA

NOTA: El padrastro no pueden firmar por hijastros. Sólo los padres biológicos/adoptivos y tutores legales pueden inscribirse.

Nombre (impreso): _____ (Primer Nombre / Apellido) Relación con el Paciente: _____

Firma: _____ La Fecha de Hoy: _____

TURN OVER FOR ENGLISH