[](http://www.google.com/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=images&cd=&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiiq9n6ieXPAhXm7IMKHdC2C6YQjRwIBw&url=http://weekare.net/&bvm=bv.135974163,d.amc&psig=AFQjCNGrzJFp4chJBpvB9hkwptLBxbvIfA&ust=1476904915017910) **REGISTRO DEMOGRAFICO DEL PACIENTE**

**2022**

Fecha De Hoy \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PACIENTE**

Nombre del Paciente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección del Paciente ­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Cuidad, Estado, Código Postal)

Número De Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Numero Alternativo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sexo: (Circule) M F SSN#: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_--\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_--\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MADRE (GUARDIAN LEGAL)**

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SSN No.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número De Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número Del Trabajo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\*Tiene la madre autoridad *médica* sobre el paciente? *Sí* \_\_\_\_\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Si no, puede proporcionar documentación legal que indique lo contrario?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PADRE (GUARDIAN LEGAL)**

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SSN No.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número De Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número Del Trabajo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\*Tiene el padre autoridad *médica* sobre el paciente? *Sí* \_\_\_\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Si no, puede proporcionar documentación legal que indique lo contrario?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CONTACTO DE EMERGENCIA**

Nombre de la persona: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación al Paciente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número De Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PORTAL DEL PACIENTE (PATIENT PORTAL)**

El Portal del Paciente es un servicio proporcionado a nuestros pacientes por nuestro sistema de obras eClinical.

Se le permite acceso a: ▪ fecha y horario de su cita ▪solicitar citas ▪solicitar registro de vacunación y correos electrónicos de recordatorios resultados y mas.

Yo Acepto: Firma Padre/ Tutor Legal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo Electrónico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yo Declino: Firma Padre/ Tutor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Usted puede darse de baja del portal de paciente en cualquier momento si decide hacerlo.**

**\*\*Office Use Only:**

Update demographics, scan in patients’ chart & Initial for Completion Employee Initials: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Revised by IB 01/01/2022

[](http://www.google.com/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=images&cd=&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiiq9n6ieXPAhXm7IMKHdC2C6YQjRwIBw&url=http://weekare.net/&bvm=bv.135974163,d.amc&psig=AFQjCNGrzJFp4chJBpvB9hkwptLBxbvIfA&ust=1476904915017910)

**2022**

Nombre del paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TRATAMIENTO DE UN MENOR**

Yo tengo el derecho legal de dar mi consentimiento para el tratamiento médico y quirúrgico porque, Yo soy el padre (madre)/ tutor legal del paciente: **Nombre de paciente** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_ **(sus iniciales)** Yo voluntariamente autorizo y doy consentimiento para el cuidado médico, tratamiento, diagnósticos y exámenes que los proveedores médicos de Wee Kare Pediatrics y sus asociados designados o asistentes crean que sean necesarios. Yo entiendo que, firmando esta forma, Yo estoy dando permiso a los Doctores, enfermeras, médicos asociados y otros proveedores del cuidado de la salud en esta oficina médica a proveer tratamiento mientras la relación entre Dr./Paciente exista o hasta yo retire mi consentimiento.

**ENFERMERA ESPECIALIZADA CONSENTIMIENTO PARA TRATAR**

Esta oficina cuenta con una enfermera especializada en el cuidado médico en pediatría. Una enfermera especializada no es un Doctor. Una enfermera especializada es una enfermera registrada, quien ha recibido una educación avanzada en entrenamiento en la provisión del cuidado médico. Una enfermera especializada puede diagnosticar, tratar y monitorear las enfermedades aguadas y crónicas, así como también proveer el mantenimiento en el cuidado de la salud. En adición la enfermera especializada puede tratar heridas menores y laceraciones. La supervisión de un Asociado Medico no requiere la constante presencia física de un Doctor, más bien supervisar las actividades aceptar la responsabilidad de los servicios prestados.

**ASOCIADO MEDICO CONSENTIMIENTO PARA TRATAR**

Esta oficina medica cuenta con un Asociado Medico para asistir en el cuidado médico en pediatría. Un Asociado Medico no es un Doctor. Un Asociado Medico es un graduado de un programa de entrenamiento Certificado y aprobado por el estado. Bajo la supervisión de un Doctor, un Asociado Medico, puede diagnosticar, tratar monitorear enfermedades comunes enfermedades crónicas, así como proveer el mantenimiento y atención en el cuidado médico. La supervisión de un Asociado Medico no requiere la constante presencia física de un Doctor, más bien supervisar las actividades aceptar la responsabilidad de los servicios prestados.

Yo, he leído lo anterior y de esta manera doy mi consentimiento para ser tratado por una enfermera especializada en mis necesidades de atención médica.

Yo entiendo que en cualquier momento puedo negarme a ser atendido por una enfermera especializada solicitar ser atendido por un Doctor.

**\*Firma de Padre/Tutor legal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de hoy:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PREAUTORIZACION DE LOS PADRES DE MENORES**

**DELEGACIÓN DE CONSENTIMIENTO**

**Cuando yo no esté disponible para dar mi consentimiento, Yo doy mi autorización a las siguientes personas:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre de la Persona Relación Número de Tel.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre de la Persona Relación Número de Tel.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre de la Persona Relación Número de Tel.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre de la Persona Relación Número de Tel.**

Para dar el consentimiento a cualquiera de ellos y a todo el cuidado médico y atención para mi hijo(a) que se considere necesario y apropiado por un proveedor de la salud certificado de Wee Kare Pediatrics. Este consentimiento incluye y no es limitado a la intervención médica y quirúrgica, tanto como cuidado de emergencia. Esta delegación electiva será válida hasta que yo retire mi consentimiento a esta delegación.

Firma de Padre o Tutor (de mayor de 18 años): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Relación al Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Testigo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Traductor (si es necesario):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Revised by IB 01/01/2022