

Today's Date _____

PATIENT INFORMATION

Name: _____ DOB: _____
(Nombre de paciente) (Fecha de nacimiento)

Address: _____ Apt # _____ City _____ Zip _____
(Direccion) (Apartamento) (Ciudad) (Codigo Postal)

Telephone # : (____) _____ Alternative Phone # (____) _____
(Numero de telefono) (Numero de emergencia)

Parent Name: _____ DOB: _____
(Nombre del Padre/Madre) (Fecha de nacimiento)

Pharmacy: _____ Cross Streets: _____

New Patient? Y _____ N _____ Email address _____
(Nuevo Paciente?)

By not giving out my email address, I refuse access to the Patient Portal. _____
(Al no dar mi direccion de correo electronico, niego el acceso al Portal de Pacientes.) Signature (Firma)

SOUTH COAST PEDIATRICS
Aviso de Prácticas de Privacidad

English 

Por la presente reconozco que South Coast Pediatrics (SCP) tiene el **Aviso de Prácticas de Privacidad** publicado en el área de recepción. Entiendo que SCP puede compartir la información de salud de mi hijo para opciones de tratamiento, facturación y atención médica. He visto el Aviso de Prácticas de Privacidad que describe cómo se utiliza y comparte mi información de salud. Entiendo que SCP puede cambiar/actualizar este aviso en cualquier momento y si deseo obtener una copia, puedo solicitarla con la recepcionista. El aviso está disponible en español.

Nombre del Paciente

Fecha de nacimiento

Firma del Padre, Madre, Representante legal o paciente (mayor de 18)

Fecha

Si no está firmado por el paciente, indique la relación: _____

SOUTH COAST PEDIATRICS

Spanish 

Acknowledgement of Receipt for Notice of Privacy Practices

I hereby acknowledge that South Coast Pediatrics (SCP) has the **Notice of Privacy Practices** posted in the reception area. I understand that SCP may share my child's health information for treatment, billing and healthcare options. I have seen the Notice of Privacy Practices that describes how my health information is used and shared. I understand that SCP has the right to change/update this notice at any time and if I wish to obtain a copy I can request one from the receptionist.

Patient Name (Printed)

Date of Birth

Signature of Parent, Legal Representative or Patient (over 18 years of age)

Date

If not signed by the patient, please indicate relationship: _____

PATIENT INFORMATION

INFORMACION SOBRE EL PACIENTE

DATE (FECHA) _____

1. **FATHER'S NAME**
NOMBRE DEL PADRE _____

LAST NAME (APELLIDO) _____ FIRST (PRIMER NOMBRE) _____

SOC. SEC. # _____ DATE OF BIRTH _____ DRVS. LIC. # _____
SEGURO SOCIAL _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ LIC. DE MANEJAR _____

ADDRESS _____ CITY _____
DIRECCIÓN _____ APT. _____ CIUDAD _____ ZIP _____

PHONE _____ EMERGENCY # _____
TELEFONO# _____ # DE EMERGENCIA _____

2. FATHER'S EMPLOYER _____ OCCUPATION _____
EMPLEO DEL PADRE _____ OCUPACIÓN _____

ADDRESS _____ PHONE _____
DIRECCIÓN _____ TELEFONO # _____

3. DO YOU HAVE MEDICAL INSURANCE FOR YOUR CHILDREN? _____ YES _____
TIENE SEGURO MEDICO PARA SUS HIJOS? SI _____ NO _____

INSURANCE COMPANY NAME _____ POLICY # _____
NOMBRE DE LA COMPAÑIA DE SEGURO _____ CERTIFICADO # _____

4. **MOTHER'S NAME**
NOMBRE DE LA MADRE _____

LAST NAME (APELLIDO) _____ FIRST (PRIMER NOMBRE) _____

SOC. SEC. # _____ DATE OF BIRTH _____ DRVS. LIC. # _____
SEGURO SOCIAL _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ LIC. DE MANEJAR _____

ADDRESS _____ CITY _____
DIRECCIÓN _____ APT. _____ CIUDAD _____ ZIP _____

PHONE _____ EMERGENCY # _____
TELEFONO# _____ # DE EMERGENCIA _____

5. MOTHER'S EMPLOYER _____ OCCUPATION _____
EMPLEO DEL MADRE _____ OCUPACIÓN _____

ADDRESS _____ PHONE _____
DIRECCIÓN _____ TELEFONO # _____

6. DO YOU HAVE MEDICAL INSURANCE FOR YOUR CHILDREN? _____ YES _____
TIENE SEGURO MEDICO PARA SUS HIJOS? SI _____ NO _____

INSURANCE COMPANY NAME _____ POLICY # _____
NOMBRE DE LA COMPAÑIA DE SEGURO _____ CERTIFICADO # _____

7. REFERRED BY _____ PHONE # _____
RECOMENDADO POR: _____ TELEFONO _____

8. CHILDREN _____ FIRST NAME _____ MIDDLE _____ DATE OF BIRTH _____
HIJOS _____ PRIMER NOMBRE _____ MEDIO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

OLDEST/MAYOR _____
2ND/SEGUNDO _____
3RD/TERCERO _____

HEALTH INSURANCE AUTHORIZATION

I HEREBY AUTHORIZE SOUTH COAST PEDIATRICS TO RELEASE TO MY HEALTH INSURANCE CARRIER ANY INFORMATION ACQUIRED IN THE COURSE OF MY EXAMINATION OR TREATMENT.

I HEREBY AUTHORIZE PAYMENT DIRECTLY TO SOUTH COAST PEDIATRICS (AND DO HEREBY ASSIGN THESE BENEFITS), OF THE SURGICAL AND/OR MEDICAL AND MAJOR MEDICAL BENEFITS OTHERWISE PAYABLE TO ME FOR HIS SERVICES AS DESCRIBED IN THE ATTACHED INSURANCE STATEMENT OF CLAIM UNLESS SUCH STATEMENT IS MARKED "PAID". IN THIS EVENT THE BENEFITS OR REMAINDER OF BENEFITS SHOULD BE PAID TO THE UNDERSIGNED INSURED.

SIGNED: _____

YO AUTORIZO A SOUTH COAST PEDIATRICS PARA REVELAR A MI COMPAÑIA DE SEGURO CUALQUIER INFORMACION TOCANTE A MI EXAMINACION O TRATAMIENTO.

YO AUTORIZO PAGO DIRECTO A SOUTH COAST PEDIATRICS (Y AQUI SIGNO ESTOS BENEFICIOS) DE LOS BENEFICIOS MEDICOS Y QUIRURGICOS ASI COMO MAYORES, DE OTRO MODO PAGADEROS A MI, POR SUS SERVICIOS DESCRITOS EN EL DOCUMENTO ADJUNTO, AL MENOS QUE EL DOCUMENTO ESTABLESCA QUE ESTA "PAGADO".

FIRMA: _____
PADRE O MADRE, SI PACIENTE ES MENOR