

Thida Maw, M.D. Pediatría

Registro de Pacientes

Información de los niños

Apellido	Nombre	Segundo Nombre	Fecha de nacimiento	Niño(a)
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Información de Padres / Garante

Nombre de Papa: _____ Fec de Nac: _____ e-Mail: _____
Teléfono de casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Dirección

Ciudad, Estado, Código postal

Nombre de Mama: _____ Fec de Nac: _____ e-Mail: _____
Teléfono de casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Dirección (sólo si es diferente)

Ciudad, Estado, Código postal

Etnicidad (marque una)

- Hispano
- No Hispanos
- Negarse a reportar

Raza principal (marque una)

- Blanco
- Hispano
- Afroamericano/Negro
- Asiático
- Nativo Americano
- Haiwaiian Nativa
- Otra Raza
- No declarada / Denegado

Idioma preferido (marque uno): Inglés Español Otro: _____
¿Necesita Intérprete? Sí No

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____
Nombre Numero de teléfono

¿Tenemos permiso para contactar a esta persona respecto de cuestiones relativas a la atención de su hijo?
 Sí No

Farmacia Preferida #1

Nombre: _____ Dirección: _____ Número de teléfono: _____
Orden por correo? Sí No

Farmacia Preferida #2

Nombre: _____ Dirección: _____ Número de teléfono: _____
Orden por correo? Sí No

Receta electrónica: Nuestro programa de historia clínica electrónica tiene acceso a su historial de recetas / medicación para que podamos prescribir su medicamento de forma segura. Con la firma de este, usted nos autoriza a hacerlo.

Inmunizaciones: Nuestro programa de historia clínica electrónica permite para sus datos de vacunación que se enviarán directamente al Estado I-CARE de Illinois Registro. I-CARE permite a su proveedor para obtener su historial de vacunación para garantizar su seguridad. Con la firma de este, nos autoriza a presentar estos datos.

Cesión de beneficios del seguro: Por la presente autorizo el pago directo de las prestaciones a Thida Maw, MD por servicios prestados por ella o bajo su supervisión. Yo entiendo que soy responsable por cualquier saldo no cubierto por mi seguro.

Firma del padre: _____ Fecha: _____

Una fotocopia de estas asignaciones será válida como el original. Copago / pago requerido en el momento de la visita