



NEW PATIENT INFORMATION (INFORMACION DEL PACIENTE)

Date (*Fecha*): _____
Patient S.S.# (*Seguro Social Del Paciente*): _____ Address (*Direccion*): _____
Patient Name (*Nombre Del Paciente*): _____ City, State, Zip (*Ciudad, Estado, Zip*) _____
Email address (*Correo electronico*): _____ Home Phone (*Numero De Telefono*): _____
Cell Phone (*Numero Del Celular*): _____
Birthdate (*Fecha De Nacimiento*): _____ Age (*Edad*): _____
Parents Marital Status (*Status Marital*): S M W D Sep. Race (*Raza*): _____
Sex (*Sexo*): _____ Ethnicity (*Etnicidad*): _____
Preferred Language (*Idioma preferido*): _____

FAMILY MEMBERS INFORMATION (INFORMACION DE MIEMBROS DE FAMILIA)

Mother's Name (*Nombre de Madre*): _____ Father's Name (*Nombre de Padre*): _____
Mother's Date of Birth (*Fecha De Nacimiento*): _____ Father's Date of Birth (*Fecha De Nacimiento*): _____
Mother's Address (*Direccion de Madre*): _____ Father's Address (*Direccion de Padre*): _____
Mother's S.S.# (*Seg. Soc. Del La Madre*): _____ Father's S.S.# (*Seg. Soc. Del Padre*): _____
Mother's Employer (*Trabajo De La Madre*): _____ Father's Employer (*Trabajo Del Padre*): _____
Mother's Work Address (*Direccion De Trabajo*): _____ Father's Work Address (*Direccion De Trabajo*): _____
Mother's Work Phone (*Numero De Trabajo*): _____ Father's Work Phone (*Numero De Trabajo*): _____
Brother(s)/Sister(s) Information (*Informacion de Hermanos/Hermanas*):
Name (*Nombre*): _____ Date of Birth (*Fecha De Nacimiento*): _____
Name (*Nombre*): _____ Date of Birth (*Fecha De Nacimiento*): _____
Name (*Nombre*): _____ Date of Birth (*Fecha De Nacimiento*): _____

HOW WOULD YOU LIKE TO BE NOTIFIED (COMO LE GUSTARIA SER NOTIFICADO)?

1. Postal mail (*Coreo*) [] 2. Phone (*Telephono*) [] 3. Web Message (*Mensaje Web*) []**
**This requires your email and secure online account (*Esto require un coreo electronico y una cuenta segura*)

Who can we designate as your primary provider (*Quien le gustaria como doctor primario*)? Circle one (*Circule uno*):
Cory Rolette Chachad Ramos Harrison Cannon Thomas Snow Wallace Wagoner Brown Rupert Hinckley

INSURANCE INFORMATION (INFORMACION DE SEGURO)

Medical Insurance (*Seguro Medico*): Yes(Si) [] No [] Member # (*# Miembro*): _____ Group# (*#Grupo*): _____
In whose name is the Insurance Policy (*En el nombre de Quien Esta el Seguro Medico*): _____
Name Of Insurance Company (*Nombre De La Compania De Seguro*): _____
Company Address (*Direccion De La Compania*): _____

I hereby authorize Lakeside Pediatrics to Furnish Medical Information to Third Party Agencies as may be requested for continued healthcare operations. (Por la presente autorizo a Lakeside Pediatrics de Suministrar Información médica a las agencias de terceros que puedan ser solicitados para operaciones de atención médica continua.)

Signature (*Firma*): _____ Signature of Responsible Party (*Firma de la Persona Responsable*): _____

"THIS OFFICE IS NOT RESPONSIBLE FOR ANY DISSEMINATION OF DISCLOSURE OF YOUR CONFIDENTIAL MEDICAL INFORMATION ONCE WE PROVIDE SUCH INFORMATION, AT YOUR REQUEST, TO YOUR HEALTH INSURER OR EMPLOYER"