

## Bienvenido a Woodburn Pediatric Clinic (Paciente Nuevo)

Gracias por su interés en formar parte de Woodburn Pediatric Clinic. Por favor tome en cuenta que éste proceso de paciente nuevo puede tomar hasta 30 días para completar, con el fin de dar tiempo para recibir los expedientes médicos de su clínica anterior y para que el seguro médico nos asigne como su nuevo médico de cabecera. Si su niño necesita ser visto antes, consulte a su proveedor médico actual.

Por favor complete las secciones a continuación. Una vez que hayamos recibido el expediente médico de su hijo, nosotros nos pondremos en contacto con usted para hacer su cita de paciente nuevo.

### A. Llene la información para contactar a los padres, empezando con el que es financieramente responsable.

Nombre del padre financieramente responsable: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_  
Seguro médico: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_ Identificación #: \_\_\_\_\_  
Nombre del otro padre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ Dirección (si es diferente): \_\_\_\_\_

### B. Escriba en la lista todos los pacientes nuevos, que tengan 15 años o menos.

**Proveedor preferido (opcional):** \_\_\_\_\_

1. Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
Circule uno: Hombre o Mujer  
Preocupaciones actuales: \_\_\_\_\_ Clínica anterior: \_\_\_\_\_  
Seguro médico: \_\_\_\_\_ Identificación: \_\_\_\_\_
2. Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
Circule uno: Hombre o Mujer  
Preocupaciones actuales: \_\_\_\_\_ Clínica anterior: \_\_\_\_\_  
Seguro médico: \_\_\_\_\_ Identificación: \_\_\_\_\_
3. Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
Circule uno: Hombre o Mujer  
Preocupaciones actuales: \_\_\_\_\_ Clínica anterior: \_\_\_\_\_  
Seguro médico: \_\_\_\_\_ Identificación: \_\_\_\_\_
4. Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
Circule uno: Hombre o Mujer  
Preocupaciones actuales: \_\_\_\_\_ Clínica anterior: \_\_\_\_\_  
Seguro médico: \_\_\_\_\_ Identificación: \_\_\_\_\_

**Complete la forma de autorización para obtener información para cada paciente nuevo, con el fin de obtener el expediente médico de los proveedores anteriores.**

### C. Si tiene niños que ya son pacientes de Woodburn Pediatric Clinic, favor de ponerlos en la siguiente lista.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Proveedor: \_\_\_\_\_  
Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Proveedor: \_\_\_\_\_  
Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Proveedor: \_\_\_\_\_