



## Demographic Update

La fecha de hoy: \_\_\_\_\_ La fecha de nacimiento del Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre Completo del paciente: \_\_\_\_\_

Padre/Guardian nombre completo: \_\_\_\_\_

Idioma preferido: \_\_\_\_\_ La etnia: \_\_\_\_\_

Dirección actual: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Número que deberíamos llamar en primer lugar para ponerse en contacto con usted? \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

### Contactos de emergencia:

- Por favor lista nombre, número de teléfono y el tipo de relación:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Por favor circule que de sus contactos de emergencia están autorizados para llevar a su niño para evaluación y tratamiento? #1 #2 #3

Hay otras personas que están autorizadas para entablar el niño en la evaluación y tratamiento (Labs, vacunas, procedimientos)? Si o No

Si la respuesta es si, por favor escriba nombre, número de teléfono y el tipo de relación a continuación

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Si su hijo está entre las edades de 16 y los 18 años le da permiso para que su hijo sea evaluado y tratado si él/ella no es acompañado por uno de los padres o el tutor legal, o por la persona autorizada? Si o No

Imprimir nombre de persona que rellena el formulario: \_\_\_\_\_

Firma de la persona que rellena forma: \_\_\_\_\_