

FORMULARIO DE ADMISIÓN DE LA CLÍNICA PEDIÁTRICA DE RIVER

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y DE CONTACTO			
Nombre (Nombre y Apellido):	Edad:	Género: <input type="checkbox"/> Niña <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	Pronombres: <input type="checkbox"/> Ella/ella <input type="checkbox"/> Él/él <input type="checkbox"/> Ellos/ellos <input type="checkbox"/>
Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro / Afroamericano <input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Prefiero no responder			
Etnia: <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano ni latino <input type="checkbox"/> Prefiero no responder			
Dirección de hogar:			
Información del padre 1/Guardián 1		Información del padre 2 /Guardián 2	
Nombre: _____		Nombre: _____	
Fecha de nacimiento: _____		Fecha de nacimiento: _____	
Teléfono: _____		Teléfono: _____	
Correo electrónico: _____		Correo electrónico: _____	
DIRECCIÓN: _____		DIRECCIÓN: _____	
<input type="checkbox"/> Dirección igual que el paciente		<input type="checkbox"/> Dirección igual que el paciente	
Ocupación: _____		Ocupación: _____	
¿Contacto de emergencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Contacto de emergencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
INFORMACIÓN DE SALUD			
Proveedor de seguro primario: <input type="checkbox"/> Kaiser <input type="checkbox"/> Blue Shield <input type="checkbox"/> Aetna <input type="checkbox"/> Anthem Blue Cross <input type="checkbox"/> MediCare <input type="checkbox"/> MediCal <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Sin seguro			
Todos los servicios brindados en RIVER Pediatric Clinic son gratuitos; sin embargo, podemos usar esta información para ayudar a los pacientes a acceder servicios que no están disponibles en nuestra clínica.			
¿El paciente tiene un pediatra o un médico de atención primaria? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Nombre del pediatra o médico de atención primaria: _____			

Dirección: _____

Número de Teléfono: _____

Última Cita: _____ Frecuencia de visitas: Semanal/Mensual Anual Menos de anual

PREFERENCIA DE IDIOMA

Idioma principal que se habla en casa: Inglés Español Otro: _____

Idioma preferido: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Relación con el paciente: _____

FORMULARIO DE VACUNACIÓN DE LA CLÍNICA PEDIÁTRICA DE RIVER

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y DE CONTACTO	
Nombre (Nombre y Apellido):	Fecha de nacimiento (DD/MM/AA):
Historial de Vacunación	
Marque todo lo que corresponda y complete las fechas:	
Hepatitis B <input type="checkbox"/> #1 <input type="checkbox"/> #2 <input type="checkbox"/> #3	Administrado el (lista todas las fechas): _____
Rotavirus <input type="checkbox"/> #1 <input type="checkbox"/> #2 <input type="checkbox"/> #3	Administrado el (lista todas las fechas): _____
DTaP <input type="checkbox"/> #1 <input type="checkbox"/> #2 <input type="checkbox"/> #3 <input type="checkbox"/> #4	Administrado el (lista todas las fechas): _____ _____
HIB <input type="checkbox"/> #1 <input type="checkbox"/> #2 <input type="checkbox"/> #3	Administrado el (lista todas las fechas): _____
PCV 13 or 15 <input type="checkbox"/> #1 <input type="checkbox"/> #2 <input type="checkbox"/> #3 <input type="checkbox"/> #4	Administrado el (lista todas las fechas): _____ _____
Polio (IPV) <input type="checkbox"/> #1 <input type="checkbox"/> #2 <input type="checkbox"/> #3	Administrado el (lista todas las fechas): _____ _____
COVID-19 <input type="checkbox"/> #1 Boosters? Y/N	Administrado el (lista todas las fechas): _____ _____
<input type="checkbox"/> Influenza	Administrado el (lista todas las fechas): _____ _____
<input type="checkbox"/> MMR (sarampión/paperas/rubéola)	Administrado el (lista todas las fechas): _____ _____
<input type="checkbox"/> Varicella	Administrado el (lista todas las fechas): _____ _____