



Patient Registration
Formulario para la Inscripcion del Paciente

Patient Name <i>Nombre del Paciente</i>		Gender <i>Genero</i>	Male <i>Masculino</i>	Female <i>Femenino</i>
Date of Birth <i>Fecha de Nacimiento</i>				

Parent Contact Information
Informacion de la Persona(s) Responsable

Mother's Name <i>Nombre de Madre</i>		Date of Birth <i>Fecha de Nacimiento</i>	
Father's Name <i>Nombre de Padre</i>		Date of Birth <i>Fecha de Nacimiento</i>	
Address <i>Domicilio</i>		Zip Code <i>Codigo Postal</i>	
Home Phone <i>Telefono de Casa</i>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Preferred Telephone? <i>Telefono Principal?</i>
Cell Phone <i>Numero de Celular</i>			
Email Address <i>Correo Electronico</i>			

Emergency Contact
Contacto de Emergencia

Emergency Contact <i>Contacto de Emergencia</i>	
Telephone <i>Numero de Telefono</i>	

Demographic Information
Demografia

Primary Language <i>Idioma Principal</i>	English <i>Ingles</i>	Spanish <i>Espanol</i>	Other <i>Otro</i>			
Race <i>Raza</i>	White <i>Blanco</i>	African American <i>Afro Americano</i>	Native American/Alaska <i>Nativo Americano/Alaska</i>	Pacific Islander <i>Islas de Pacifico</i>	Decline <i>Declino</i>	
Ethnicity <i>Grupo Etnico</i>	Hispanic <i>Hispano</i>	Non-Hispanic <i>No-Hispano</i>	Decline <i>Declino</i>			

Consent to Treat and Release of Information
Consentimiento Para Tratamiento y Divulgar Informacion

I, acting as a guardian to the above patient, hereby consent for the above patient to receive medical evaluation and treatment by the providers at California Pediatrics. I understand that, as a courtesy, California Pediatrics will file an insurance claim on my behalf. Nevertheless, I am financially responsible for any charge or service not covered by my insurance company. I authorize California Pediatrics to release my signature and all information necessary to secure the payment of benefits, and assign all benefits and payments from my insurance company directly to California Pediatrics.

Soy el Padre/Madre o Guardian del paciente y tengo derecho legal para dar consentimiento para que este paciente reciba evaluaciones y tratamiento medico por los proveedores de California Pediatrics. Entiendo que como cortesia, California Pediatrics va a presentar un reclamo de seguro de mi parte. Sin embargo, yo soy responsable por cualquier cargo o servicio no cubierto por mi compania de seguros. Autorizo California Pediatrics a divulgar mi firma y toda la informacion necesaria para tramitar el reclamo y todo reclamo futuro a mi compania aseguradora o la parte responsable del pago de beneficio medicos que yo designe directamente a California Pediatrics.

Name <i>Nombre</i>		Relationship <i>Relacion al Paciente</i>	
Signature <i>Firma</i>		Date <i>Fecha</i>	