

**Bienvenido a Hillsboro Pediatric Clinic LLC**  
**CAMBIO DE DIRECCION DEL PACIENTE**



¡Gracias por elegirnos como el proveedor médico de su hijo! Con el fin de prestarle un mejor servicio, necesitamos la siguiente información. **Por favor complete en letra imprenta.**

**Por favor agregué todos los niños pacientes de Hillsboro Pediatric Clinic que han sido afectados por este cambio.**

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (INCLUYENDO HERMANOS VISTOS EN LA CLINICA)				
Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Fecha de Nacimiento:
Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Fecha de Nacimiento:
Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Fecha de Nacimiento:
Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Fecha de Nacimiento:
Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Fecha de Nacimiento:
DIRECCIÓN DONDE VIVE EL PACIENTE				
Dirección:	Apto. #:	Ciudad/Pueblo:	Estado:	Código Postal:
Vive Con: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Los Dos Padres <input type="checkbox"/> Padres de Crianza Temporal <input type="checkbox"/> Guardián o Tutor Legal <input type="checkbox"/> Otro:				
INFORMACIÓN DEL PADRE				
Relación al Paciente: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Padre de Crianza Temporal <input type="checkbox"/> Otra:				
Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Fecha de Nacimiento:	
Dirección de Correspondencia :	Apto. #:	Ciudad/Pueblo:	Estado:	Código Postal:
Dirección: <input type="checkbox"/> La misma de arriba	Apto. #:	Ciudad/Pueblo:	Estado:	Código Postal:
Empleador:	Número de Seguro Social:		Correo Electrónico:	
	Idioma Preferido:		¿Necesita intérprete? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
INFORMACIÓN DEL OTRO PADRE				
Relación al Paciente: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Padre de Crianza Temporal <input type="checkbox"/> Otra:				
Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Fecha de Nacimiento:	
Dirección de Correspondencia : <input type="checkbox"/> Same as above	Apto. #:	Ciudad/Pueblo:	Estado:	Código Postal:
Dirección: <input type="checkbox"/> La misma de arriba	Apto. #:	Ciudad/Pueblo:	Estado:	Código Postal:
Empleador:	Número de Seguro Social:		Correo Electrónico:	
METODO DE CONTACTO				
Teléfono 1: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Celular Mama <input type="checkbox"/> Celular Papa		Teléfono 2: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Celular Mama <input type="checkbox"/> Celular Papa		
Teléfono 3: <input type="checkbox"/> Celular Mama <input type="checkbox"/> Celular Papa <input type="checkbox"/> Trabajo Mama <input type="checkbox"/> Trabajo Papa		Teléfono 4: <input type="checkbox"/> Trabajo Mama <input type="checkbox"/> Trabajo Papa <input type="checkbox"/> Otro _____		
CONTACTO DE EMERGENCIA OR TRABAJADOR(A) SOCIAL				
Nombre Completo:		Relación al Paciente:		
Número de Teléfono Principal:		Número de Teléfono Secundario:		

Firma	Nombre en letra imprenta	Relación al Paciente	Fecha
-------	--------------------------	----------------------	-------

Hillsboro Pediatric Clinic LLC complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.  
 ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-503-640-2757.  
 CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-503-640-2757.