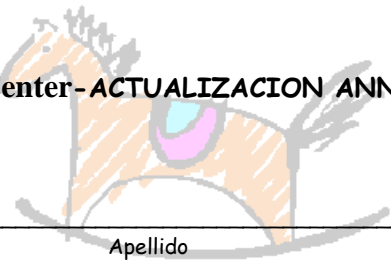


Rocking Horse Center-**ACTUALIZACION ANNUAL de MENORES**



Fecha De Hoy: ____/____/____

Nombre del Paciente: _____ Fecha De Nacimiento: ____/____/____
Primero Segundo Apellido

Domicilio: _____ Ciudad/Estado: _____ Codigo Postal: _____

Sexo: Masculino Femenino SS#: ____-____-____ **Porfavor de darnos los numeros mas CORRIENTES para contactarle y recordatorios :**

Correo electrónico: _____ telefono #1: _____
(No se le mandara nada protegido por email)

telefono #2: _____

****Parte Responsable /tutor (Si es diferente a el paciente)**

Madre o Tutor Principal: _____

SS#: ____-____-____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ **Marque la cajita si el domicilio es igual que el paciente?**

Domicilio: _____ Telefono #: _____
Patron: _____ Telefono de Trabajo #: _____

Papa O Tutor Secundario: _____

SS#: ____-____-____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ **Marque la cajita si el domicilio es igual que el paciente?**

Domicilio: _____ Telefono #: _____
Patron: _____ Telefono de Trabajo #: _____

Si la Madre y el padre no estan viviendo juntos o con el nino, cual es el estado de custodia del nino?

****Porfavor conteste las preguntas referents al PACIENTE: (sus contestaciones son cofidenciales y son utilizadas para estadísticas solamente)**

Porfavor marque cual es la aseguranza primaria para el paciente:

Medicaid Caresource (necesita PCP) Molina Amerigroup United Health Care No tengo Seguro Medico
 Aetna PPO Aetna HMO (necesita PCP) Medical Mutual Anthem Blue Cross/Blue Shield Otro: _____

Raza del Paciente? (marque los que apliquen) Blanco Negro/AfroAmericano Hawaiiiano Nativo Asiatico
 Indio americano/Nativo de Alaska Otro Isleño del pacífico Otro: _____

Hispano/Latino? Si NO Si: Mexicano Puerto Riqueno Cubano Otro Hispano

Lenguaje Primario? Ingles Espanol Otro: _____

Educacion de Paciente? Ninguno Primari/Secundaria algo De Prepa Bachiller de Prepa Algo de Universidad
 Graduado de Universidad Antes de Graduar De Universidad

Destituido/Sin Hogar? Si NO SI donde vive ? Albergue Transicional con otra familia calle Otro

Veterano militar? Si NO **Trabajador Agricola?** Si NO **Trabajador Temporal?** SI NO

Como recibimos fondos federales para ofrecer servicios a personas sin seguro medico mantenemos datos del ingreso de nuestros pacientes.

Ingreso total del hogar? \$ _____ Semanal Mensual Annual

Cuantas personas viven con usted? _____ personas **** TODA la información se mantendra CONFIDENCIAL****



Rocking Horse Center Información de Contacto de Emergencia

Nombre de paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

1. Por favor lista cualquier otros miembros de la familia que Rocking Horse Center puede informar acerca de su condición de niño como instrucciones para el tratamiento del niño contestar las preguntas en caso que usted no esté disponible.

Nombre	La relacion de paciente	Numero telefonico
--------	-------------------------	-------------------

Nombre	La relacion de paciente	Numero telefonico
--------	-------------------------	-------------------

Nombre	La relacion de paciente	Numero telefonico
--------	-------------------------	-------------------

2. ¿Se pueden dejar los mensajes en un contestador con respecto a su niño? Si No
-

Firmando abajo,

- ✓ Doy el consentimiento para Rocking Horse Center a utilizar la información antedicha para contactarme en caso de una emergencia.
- ✓ Entiendo que teléfonos celulares no son las líneas seguras.
- ✓ Entiendo que Rocking Horse Center no dejara los mensajes con respecto a información confidencial.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre impreso: _____ Relación al Paciente: _____