



# Westside Pediatrics Clinic, P.C.

2022 NB

9555 SW Barnes Rd, Suite# 270 Portland, OR 97225

Elija su médico **PRIMARIO**: \_\_\_\_\_ Geraldine Kempler, MD

\_\_\_\_\_ Faye Johnson, MD \_\_\_\_\_ Nitza Quiles, MD \_\_\_\_\_ Melissa Giustini, MD

## Información del Paciente:

\_\_\_\_\_  
Nacimiento                      Nombre completo                      Raza/Etnicidad                      Sexo

\_\_\_\_\_  
dirección domiciliaria

\_\_\_\_\_  
Ciudad/Estado/Código Postal

## Hermano/a(s):

\_\_\_\_\_  
Nacimiento                      Nombre y Apellido                      Raza/Etnicidad                      Sexo

\_\_\_\_\_  
Nacimiento                      Nombre y Apellido                      Raza/Etnicidad                      Sexo

Idioma Preferido: \_\_\_\_\_

## **Tutor Principal:** (con quien reside paciente)

\_\_\_\_\_  
Nacimiento                      Sexo                      Nombre completo                      SSN#

\_\_\_\_\_  
teléfono #1                      teléfono #2                      ocupación                      Correo Electrónico

\_\_\_\_\_  
Compañía de Seguro                      **Nombre del suscriptor**/ID#/póliza#                      Copago /Cantidad \$

## **Guardian Secundario:**

\_\_\_\_\_  
Nacimiento                      Sexo                      Nombre completo                      SSN#

\_\_\_\_\_  
teléfono #1                      teléfono #2                      ocupación                      Correo Electrónico

\_\_\_\_\_  
Dirección (si es diferente a la anterior)

\_\_\_\_\_  
Compañía de Seguro                      **Nombre del suscriptor**/ID#/póliza#                      Copago /Cantidad \$

**Tercer contacto:** (si no podemos comunicarnos con usted directamente)

**Relación con el paciente**                      Nombre completo                      Número(s) de teléfono

¿Cómo te enteraste de nosotros? \_\_\_\_\_

**Me doy cuenta de que soy responsable de pagar todos los servicios no cubiertos. Reconozco que esta información es verdadera y precisa en la medida de mis posibilidades.**

\_\_\_\_\_  
Nombre / Firma

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

