

Associates in Pediatrics, S.C.

Patient Information Sheet

Today's Date: _____

First name: _____ Middle initial: _____ Last name: _____ Sex: M F

Date of Birth: _____ E-mail address: _____

Address: _____
ADDRESS CITY STATE ZIP

Home phone: _____ Cell phone: _____ Work: _____

Preferred method of communication: Home number Cell number Email Other: _____

Mother _____ Date of Birth _____ Father _____ Date of Birth _____

Responsible Party: Mother / Father (Circle one) SSN: _____

Responsible Party Address: _____
Address City State Zip

Emergency contact: _____ Relationship: _____
NAME PHONE NUMBER

Do we have permission to contact this person regarding matters concerning your care? Yes No

Referred by: _____

Ethnicity (check one):

- Non-Hispanic
- Hispanic
- Refused to Report

Primary race (check one):

- White
- Hispanic
- African American/Black
- Asian
- Native American
- Native Hawaiian
- Other Pacific Islander
- Other Race
- Unreported/Refused

Preferred Language (check one): English Spanish Other: _____ Interpreter Needed? Yes No

Preferred Pharmacy #1: _____ Mail Order? Yes No
NAME ADDRESS PHONE NUMBER

Preferred Pharmacy #2: _____ Mail Order? Yes No
NAME ADDRESS PHONE NUMBER

Current Medications

Name of Medication	Dose	Frequency Taken	Reason Taken	Prescribing Physician

ELECTRONIC PRESCRIPTIONS: Our electronic medical record program accesses your prescription/medication history in order for us to safely prescribe your medication. By signing this, you authorize us to do so.

IMMUNIZATIONS: Our electronic medical record program allows for your immunization data to be sent directly to the I-CARE State of Illinois Registry. I-CARE allows your providers to obtain your immunization history to ensure your safety. By signing this, you authorize us to submit this data.

Signature: _____ Date: _____
PATIENT/GUARDIAN RELATIONSHIP TO PATIENT

I have been given a copy of Associates in Pediatrics' Notice of Privacy Practices, which describes how my health information is used and shared. I understand that Associates in Pediatrics has the right to change this Notice at any time. I may obtain a current copy by Contacting the Facility Privacy Official, or by visiting the Associates in Pediatrics website at www.aipdocs.com

My signature below acknowledges that I have been provided with a copy of the Notice of Privacy Practices

 Signature or Patient or Guardian Date

Información Demografica del Paciente _____

Fecha de hoy _____

Nombre : _____ Inicial: _____ Apellido: _____ Sexo: M F

Fecha de nacimiento: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Dirección: _____
DIRECCIÓN CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Numero de teléfono: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono comercial: _____

Método preferido de comunicación : Numero de casa celular correo electrónico Otra forma: _____

Madre _____ Fecha de nacimiento _____ Padre _____ Fecha de Nacimiento _____

Responsable por el paciente: Madre/Padre (escoja uno) Numero social del proveedor: _____

Contacto de emergencia: _____ Relación al paciente : _____
NOMBRE NUMERO DE TELÉFONO

¿Tenemos permiso para contactar a esta persona con respecto a las cuestiones relativas a su cuidado? Si No

Etnicidad

- No hispano
 Hispano
 No quiere reportar

Nacionalidad Primaria

- Blanco/Caucásico Asiático Isleño del Pacífico
 Hispano Indígena Americano Otra raza
 Afroamericano Nativo del Hawaii No declarado/ denegado

Idioma preferido: Inglés Español Otro Idioma: _____ Necesitará traductor? Si No

Farmacia Preferida #1: _____ Orden por Correo? Si No
NOMBRE DIRECCIÓN NUMERO DE TELÉFONO

Farmacia Preferida #2: _____ Orden por Correo? Si No
NOMBRE DIRECCIÓN NUMERO DE TELÉFONO

Medicamentos actuales

Nombre del medicamento	Dosificación	Que tan frecuentemente toma el medicamento	Razon por tomar el medicamento	Cual medico que recetó el medicamento

Receta electrónica: Nuestro programa de historia clínica electrónica tiene acceso a su historial de medicamentos recetados / medicación para que podamos prescribir su medicamento de forma segura. Con la firma de este, usted nos autoriza a hacerlo. **VACUNAS:** Nuestro programa de historia clínica electrónica permite para que sus datos de vacunación se envíen directamente al Estado I-CARE de Illinois Registro. I-CARE permite a sus proveedores para obtener su historial de vacunación para garantizar su seguridad. Con la firma de este, nos autoriza a presentar estos datos.

Firma: _____ Fecha: _____
PACIENTE/GUARDIAN RELACIÓN AL PACIENTE

Me han dado una copia de la notificación de prácticas de privacidad de Associates in Pediatrics, S.C., que describe cómo mi información de salud se utiliza y se comparte. Entiendo que Associates in Pediatrics, S.C. tienen el derecho de cambiar este aviso en cualquier momento. Puedo obtener una copia actual poniéndose en contacto con el funcionario de privacidad de las instalaciones, o visitando el sitio web de asociados en Pediatría en www.aipdocs.com Mi firma a continuación reconoce que se me ha proporcionado una copia de la notificación de prácticas de privacidad

Firma: _____ Fecha: _____