



Pediatric
Associates
of Conn., P.C.

160 Robbins St
Waterbury, CT 06708

229 Main Street South
Southbury, CT 06488

(203) 755-2999

* NO ACEPTAMOS DISCOS / USB *

Formulario de admisión de preinscripción

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____ Edad: __ Sexo:

(circule uno) M / F

Nombre del padre: _____ Dirección: _____

De teléfono: _____ Correo electrónico:

Estado civil: (Marque uno) Casado Soltero Separado SI SE DIVORCIÓ: Custodia compartida

Custodia exclusiva

Compañía de seguros: _____ ID #: _____

Nombre del titular de la tarjeta: _____ Titular de la tarjeta D.O.B:

Verificación de PAC EMR: (Solo para uso de oficina) Fecha: _____ Por:

1. ¿Alguna vez ha sido paciente de Pediatric Associates o ha visitado a alguno de nuestros médicos? De ser así, ¿quién o cuándo?

2. ¿El nombre, la dirección y el número de teléfono del pediatra anterior?

3. Es política de Pediatric Associates of Conn., PC de acuerdo con la Academia Estadounidense de Pediatría que somos una práctica “pro-vacuna”.

¿Está su hijo al día con sus vacunas? _____.

¿Su hijo ha sido completamente vacunado _____?

****Nos referimos únicamente a las vacunas exigidas por el estado. La Vacuna COVID & GRIPE es opcional****

4. ¿Necesita una cita? _____ ¿Cómo obtendrá la autorización médica? _____

Registrado por: _____