

TOTAL CARE PEDIATRIC PLLC
42-65 Kissena Blvd. #LL4
Flushing, N.Y. 11355
718-353-2300

PATIENT INFORMATION (患者信息, INFORMACIÓN DEL PACIENTE):

LAST NAME (姓, APELLIDO): _____

FIRST NAME (名字, NOMBRE): _____

DATE OF BIRTH (出生日期, FECHA DE NACIMIENTO): ____/____/____

SEX (性别, SEXO): MALE (男, MASCULINO) / FEMALE (女, FEMENINO)

RACE (种族, RAZA): _____

HOME ADDRESS (地址, DIRECCIÓN DOMICILIARIA):

EMAIL ADDRESS (电邮地址, CORREO ELECTRÓNICO): _____

PHONE (电话, TELÉFONO): _____

PARENT'S INFORMATION (家长信息, INFORMACIÓN DE LOS PADRES):

FATHER'S NAME (父亲名字, NOMBRE DEL PADRE): _____

FATHER'S DATE OF BIRTH (父亲的出生日期, FECHA DE NACIMIENTO DEL PADRE): ____/____/____

FATHER'S TELEPHONE (父亲的电话, TELÉFONO DEL PADRE): _____

MOTHER'S NAME (母亲名字, NOMBRE DE LA MADRE): _____

MOTHER'S DATE OF BIRTH (母亲的出生日期, FECHA DE NACIMIENTO DE LA MADRE): ____/____/____

MOTHER'S TELEPHONE (母亲的电话, TELÉFONO DE LA MADRE): _____

LEGAL GUARDIAN'S NAME (If not Mother or Father) / 法定监护人姓名 (如果不是母亲或父亲) / NOMBRE DEL TUTOR LEGAL (SI NO ES MADRE NI PADRE):

RELATIONSHIP (关系, RELACIÓN): _____

TELEPHONE (电话, TELÉFONO): _____

EMERGENCY INFORMATION (紧急联系人信息, INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA):

IN CASE OF EMERGENCY, PLEASE PROVIDE - NEAREST RELATIVE NOT LIVING WITH YOU:
(在紧急情况下, 请提供 - 不与您同住的最近亲属 / EN CASO DE EMERGENCIA, PROPORCIONE - EL PARIENTE MÁS CERCANO QUE NO VIVA CON USTED):

NAME (姓名, NOMBRE): _____

RELATIONSHIP (关系, RELACIÓN): _____

TELEPHONE (电话, TELÉFONO): _____

I consent to the rendering of medical care, including diagnostic procedures and medical treatment by physicians at Total Care Pediatric, PLLC or their authorized designees, as may in their professional judgment be necessary to provide medical care for.

我同意由 TOTAL CARE PEDIATRIC, PLLC 或其授权指定人员提供医疗服务, 包括诊断程序和治疗。根据其专业判断, 有必要为以下人员提供医疗服务:

Doy mi consentimiento para la prestación de atención médica, incluidos procedimientos diagnósticos y tratamiento médico por parte de médicos de Total Care Pediatric, PLLC o sus designados autorizados, según su juicio profesional, como necesario para proporcionar atención médica a:

CHILD'S NAME (孩子的姓名, NOMBRE DEL NIÑO/A): _____

I have read the privacy practice information and HIPAA notice and understand the contents. I understand that, (regardless of my insurance status), I am ultimately responsible for the balance on my account for the professional service rendered.

我已阅读隐私惯例信息和 HIPAA 通知，并理解其内容。我明白，（无论我的保险状况如何），我对所提供的专业服务所产生的账户余额负有最终责任。

He leído la información sobre las prácticas de privacidad y el aviso de HIPAA, y entiendo su contenido. Entiendo que, (independientemente de mi estado de seguro), soy finalmente responsable del saldo en mi cuenta por los servicios profesionales prestados.

SIGNATURE OF PARENT / GUARDIAN (父母或监护人签名, FIRMA DEL PADRE/MADRE O TUTOR):

DATE (日期, FECHA):

____/____/____