



**Kids
care**
pediatrics
ANITA KISHEN MD FAAP

Colonia Office
795 Inman Ave
Colonia, NJ 07067
Ph: (732) 396-0700
Fax: (732) 396-0701

Plainfield Office
120 W 7th St. Ste 203
Plainfield, NJ 07060
Ph: (908) 757-8687
Fax: (908) 481-4891

Información del Paciente Inicial

Nombre de la persona que llena el formulario : _____
Fecha: _____ Relación: _____

Información del Paciente

Nombre:	_____	_____	_____
	Primero	Apellido	Segundo
Dirección:	_____		
	_____	_____	_____
	Ciudad	Estado	Codigo Postal
Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	
Fecha de Nacimiento:	_____		
	MM/DD/YYYY		

Demografía

Idioma(s)	_____		
Raza	_____		
Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	

Información del Guardián

Relación:	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Guardian
Nombre:	_____	_____	_____
	Primero	Apellido	Segundo
Dirección:	_____		
	_____	_____	_____
	Ciudad	Estado	Codigo Postal
Fecha de Nacimiento:	_____	Tel. Celular:	_____
Empleador:	_____	Tel. Casa:	_____
Correo Electrónico¹:	_____	Tel. Empleador:	_____

¹ Su correo electrónico es para nuestro servicio como Patient Portal: una página de web segura que da acceso a su información de salud con un nombre de usuario y contraseña.



Colonia Office
 795 Inman Ave
 Colonia, NJ 07067
 Ph: (732) 396-0700
 Fax: (732) 396-0701

Plainfield Office
 120 W 7th St. Ste 203
 Plainfield, NJ 07060
 Ph: (908) 757-8687
 Fax: (908) 481-4891

Información del Paciente Inicial

Contacto de Emergencia

Nombre:	_____	Nombre:	_____
Dirección:	_____	Dirección:	_____
Dirección (cont):	_____	Dirección (cont):	_____
Relación:	_____	Relación:	_____
Teléfono de Casa:	_____	Teléfono de Casa:	_____
Celular:	_____	Celular:	_____

Cobertura Principal

Cobertura Secundaria

Seguro:	_____	Seguro:	_____
Nombre del Beneficiario:	_____	Nombre del Beneficiario:	_____
Dirección:	_____	Dirección:	_____
Dirección (cont):	_____	Dirección (cont):	_____
Relación:	_____	Relación:	_____
Fecha Vigente:	_____	Fecha Vigente:	_____
# Polisa	_____	# Polisa	_____
# Grupo	_____	# Grupo	_____

Información de la Farmacia

Nombre:	_____	
Teléfono:	_____	Ciudad: _____

Consentimiento/ Permiso Para Divulgar Consentimiento/ Asignación de Beneficios

Autorizo el tratamiento para el cuidado del paciente cuyo nombre se indica en este formulario. Doy consentimiento para divulgar información con el fin de procesar los gastos médicos. Y autorizo se pague directamente el médico responsable por los servicios prestados.

Firma: _____

Fecha: _____

Consent for New Jersey Immunization Information System

I have received information about the NJIIS and understand that the purpose of this program is to help remind me when my child's immunizations are due and to keep a central record of my child's immunization history. I understand that the medical information in the NJIIS may be shared with authorized health care providers, schools, licensed child care centers, colleges, public health agencies, health insurance companies, and others as permitted by New Jersey law at N.J.S.A 26:4-131 et seq. And rules at N.J.A.C 8:57-3. I understand that i can get a copy of my child's record from my primary health care provider, my local health department, or the New Jersey department of health (NJDOH).

Firma: _____

Fecha: _____