

**CAMC Physician Clinic**  
P.O. Box 220 \* 2910 Betten Dr  
Crete, Nebraska 68333  
Phone: 402-826-2102  
Fax: 402-826-7900



P.O. Box 220 \* 2910 Betten Dr  
Crete, Nebraska 68333  
Phone: 402-826-2102  
Fax: 402-826-7900

**Wilber Medical Clinic**  
203 W. 4<sup>th</sup> Street  
Wilber, Nebraska 68465  
Phone: 402-821-3293  
Fax: 402-821-2450

**PERMISO PARA ATENDER A MI NIÑO/A  
(PERMISSION TO TREAT CHILD IN SPANISH)**

Yo, \_\_\_\_\_, doy a Crete Area Medical Center, Sala de Emergencia, Hospital, Physician Clinic y/o Wilber Medical Clinic permiso para atender a mi niño/a,

\_\_\_\_\_  
(Nombre del niño/a) (Fecha de nacimiento) (Fecha)

Firma del padre/guardián: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO POR TELÉFONO:**

Testigo por teléfono #1 \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo por teléfono #2 \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# Hoja Informativa

<b>INFORMACIÓN DE ADMISIÓN</b>							
NOMBRE (Apellido(s), Primer nombre, Inicial del 2 <sup>do</sup> Nombre)	SS#	Fecha de Nacimiento	Edad	Estado Civil	Raza	Sexo M    F	
Dirección Postal			Ciudad, Estado, Código Postal			Tel. Casa	Celular
Nombre del Padre/Fecha de Nacimiento	Dirección				Teléfono Casa Celular		
Nombre de la Madre/Fecha de Nacimiento	Dirección				Teléfono Casa Celular		
Nombre del Garante (persona responsable)	Parentesco	Dirección			Teléfono Casa Celular		
Nombre del Contacto de Emergencia	Parentesco	Dirección			Teléfono Casa Celular		
Nombre del Contacto de Emergencia	Parentesco	Dirección			Teléfono Casa Celular		

<b>Información del Seguro Médico/NECESITA COPIAS DEL FRENTE Y REVERSO DE LAS TARJETAS</b>			
Nombre del Seguro Primario	# de Póliza	# de Grupo	Nombre Titular de la Póliza/Fecha de Nacimiento
Nombre del Seguro Secundario	# de Póliza	# de Grupo	Nombre Titular de la Póliza/Fecha de Nacimiento