

Registro de pacientes

Nombre legal del paciente: _____
Último primero Medio

Dirección de envío: _____
Calle o Apartado Postal # De apto

Ciudad Estado Código Postal

Fecha de nacimiento: _____ **SS #:** _____ **Sexo:** METRO F

Teléfono móvil: (_____) **Teléfono de casa:** (_____)

Email: _____

Raza del niño: Paciente indio americano o nativo de Alaska asiático afroamericano Blanco Desconocido
 rechazado Otro: _____

Origen étnico del niño: hispano o latino No Hispano o Latino Paciente rechazado Desconocido

Adoptado / Custodia: si No (en caso afirmativo, proporcione documentación legal para la historia clínica del paciente)

Proveedor preferido: _____ **Idioma preferido:** _____

INFORMACIÓN DEL PADRE / TUTOR

Padre / tutor legal: _____

Fecha de nacimiento: _____ **SS #:** _____

Dirección (si es diferente): _____

Teléfono de casa: (_____) **Célula:** : (_____)

Padre / tutor legal: _____

Fecha de nacimiento: _____ **SS #:** _____

Dirección (si es diferente): _____

Teléfono de casa: (_____) **Célula:** : (_____)

Hermanos y DOB: _____

INFORMACIÓN DE SEGURO PRIMARIO

Nombre del plan: _____ **Número de identificación de la póliza:** _____ **Grupo #:** _____

Titular de la póliza: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **SS #:** _____

Relación del paciente con el titular de la póliza: _____ **Copago:** Y N (en caso afirmativo) **Cantidad:** _____

INFORMACIÓN DE SEGURO SECUNDARIO

Nombre del plan: _____ **Número de identificación de la póliza:** _____ **Grupo #:** _____

Titular de la póliza: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **SS #:** _____

Relación del paciente con el titular de la póliza: _____ **Copago:** Y N (en caso afirmativo) **Cantidad:** _____

Acepto que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. **Si es mayor de 14 años, el paciente DEBE firmar este formulario.**

 Nombre en letra de imprenta (paciente o tutor si es menor de 14 años)

 Fecha

 Firma (paciente o tutor si es menor de 14 años)

 Relación con el paciente