



Por favor de llenar toda la información.

Registro del Paciente:

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____
Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo: _____
Etnicidad: Hispano/No-Hispano/ Desconocido Raza: Asiático/Afroamericano/ Hawaiano/ Americano
Estado donde nació el paciente: _____
Hospital de nacimiento: _____ Nombre de obstetra: _____

Domicilio Primario:

Calle Ciudad Estado y Código Postal
Número de teléfono: (_____) _____ - _____ Numero de Celular: (_____) _____ - _____

Información de Seguridad:

Póliza Primaria: Nombre del titular de la póliza: _____
Fecha de nacimiento del titular de la póliza: ____/____/____ Sexo: Masculino / Femenino
Aseguradora: _____ Seguro Social del Titular: _____

Póliza Secundaria: Nombre del titular de la póliza: _____
Fecha de nacimiento del titular de la póliza: ____/____/____ Sexo: Masculino / Femenino
Aseguradora: _____ Seguro Social del Titular: _____

Persona de Contacto 1:

Nombre: _____ Relación al Paciente: _____
Vive con el Paciente: Si / No Fecha de nacimiento: ____/____/____
Número de teléfono: (_____) _____ - _____ Numero de Celular: (_____) _____ - _____
Correo electrónico: _____
Empleador: _____ Ocupación: _____

¿Cómo idealmente prefiere ser contactado en relación con (circule uno):

- Problemas Médicos: Teléfono de Casa / Celular / Correo Electrónico
Recordatorios de Citas: Teléfono de Casa / Celular / Correo Electrónico
Recordo de Avisos: Teléfono de Casa / Celular / Correo Electrónico
Estados de Cuentas: Teléfono de Casa / Celular / Correo Electrónico
Notificaciones de Practica General: Teléfono de Casa / Celular / Correo Electrónico

Persona de Contacto 2:

Nombre: _____ Relación al Paciente: _____
Vive con el Paciente: Si / No Fecha de nacimiento: ____/____/____
Número de teléfono: (_____) _____ - _____ Numero de Celular: (_____) _____ - _____
Correo electrónico: _____



Continuación.....

Si este contacto tendrá que ser notificada además del Contacto 1 para Problemas Médicos, Recordatorios de Citas y Avisos, Estados de Cuentas, y Notificaciones de Practica General liste sus preferencias aquí:

Preguntas Adicionales Sobre los Contactos:

Quién debe recibir los estados de cuenta? _____

Todos los contactos pueden tener acceso a los registros del paciente por vía electrónica (cuando este disponible)? Si / No _____

Si los padres están divorciados o separados, por favor llene esta sección:

Quien tiene la custodia? _____

Existen restricciones legales que limitan el padre que no tiene la custodia de su consentimiento para el tratamiento médico del niño o de la obtención de información sobre el tratamiento médico del niño?

Si / No

En caso afirmativo, por favor explique y proporcione una copia de cualquier documento legal que respalda esta restricción:

Contactos de Emergencia, además de los papas:

Nombre y Relación al Paciente

1. _____ Teléfono: (____) _____ - _____
2. _____ Teléfono: (____) _____ - _____

A quien le podemos agradecer por recomendar al paciente con nosotros:

- [] Seguridad: _____ [] Miembro de familia: _____
[] Doctor: _____ [] Money Saber [] Iglesia: _____
[] Internet: _____ [] Otra Manera: _____