

- Cambio de dirección
 Cambio de seguro



Información de registro - Por favor imprimir

Fecha: _____ Número de cuenta _____

Nombre Legal del paciente (nombre, inicial, apellido):		Apellido de Madre Soltera:	
Apodo:		Sexo del paciente Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento del paciente:
Dirección de la casa		Número de apartamento / unidad	
Ciudad	Estado	Código postal (5 dígitos)	
Número teléfono de casa	Nombre de contacto de emergencia	Relación <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> _____	Número de teléfono no del contacto de emergencia
Origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Declinar <input type="checkbox"/> Desconocido		Idioma preferido: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____	
Raza: <input type="checkbox"/> Africano/Afro - Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativos de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/o de otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Declinar			

Como servicio a nuestros clientes, proporcionamos una llamada de recordatorio de cita de cortesía y posiblemente otras llamadas importantes que puedan ser colocados mediante un mensaje pregrabado. Al proporcionar su número de teléfono celular, usted da su consentimiento para recibir este tipo de llamadas a este número.

Madre Madrastra Tutor Legal La dirección es igual al del paciente

Nombre Completo		Fecha de nacimiento	Número de seguro social
Dirección de la casa		Ciudad	Estado/Código postal
Número teléfono de casa	Número de celular	Correo electrónico	
Nombre de empleador y dirección		Ocupación	Número teléfono del trabajo

Padre Padrastra Tutor Legal La dirección es igual al del paciente

Nombre Completo		Fecha de nacimiento	Número de seguro social
Dirección de la casa		Ciudad	Estado/Código postal
Número teléfono de casa	Número de celular	Correo electrónico	
Nombre de empleador y dirección		Ocupación	Número teléfono de trabajo

Información del seguro:

Nombre de la compañía de seguro primario: (copia de la tarjeta del seguro solicitado)		Fecha efectiva
Nombre de suscriptor	Fecha de nacimiento del suscriptor	Sexo del suscriptor <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Número de identificación de póliza	Número de grupo	Empleador
Dirección de suscriptor del seguro (si es diferente del paciente)		
Nombre de la compañía de seguro secundario: (copia de la tarjeta del seguro solicitado)		Fecha efectiva
Nombre de suscriptor	Fecha de nacimiento del suscriptor	Sexo del suscriptor <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Número de identificación de póliza	Número de grupo	Empleador
Dirección de la persona suscriptor del seguro (si es diferente del paciente)		

Información para padres adicionales:

Si el niño(a) no vive con sus padres: Nombre de tutor legal:		
Si el niño(a) reside en más de una residencia, estamos obligados a saber quién tiene la autoridad legal para autorizar a los servicios de salud para el niño(a). Si el niño(a) tiene más apoyo parental, indique a continuación, los nombres de padrastros y el estado de autorización.		
Nombre de madrastra	Es autorizado legalmente a solicitar servicios de salud para el niño(a)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Vive con el niño(a) en la dirección indicada arriba? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nombre de padrastra	Es autorizado legalmente a solicitar servicios de salud para el niño(a)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Vive con el niño(a) en la dirección indicada arriba? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nombres de las persona(s) adicionales (abuelos, niñera, o pareja autorizadas a solicitar servicios de salud para el niño(a), se requiere una autorización.		