

Pediatric Associates, LLC

Registracion de Paciente

Primer niño(a): Apellido: _____ Primer Nombre: _____ I: _____

Fecha de nacimiento: ___/___/___ Sexo M/F Lenguaje Primario: SPANISH

Origen Etnico: HISPANO Raza: Asia/Moreno/Hawaiano/Blanco

Segundo niño(a): Apellido: _____ Primer Nombre: _____ I: _____

Fecha de nacimiento: ___/___/___ Sexo M/F Lenguaje Primario: SPANISH

Origen Etnico: HISPANO Raza: Asia/Moreno/Hawaiano/Blanco

Tercer niño(a): Apellido: _____ Primer Nombre: _____ I: _____

Fecha de nacimiento: ___/___/___ Sexo M/F Lenguaje Primario: SPANISH

Origen Etnico: HISPANO Raza: Asia/Moreno/Hawaiano/Blanco

DOMICILIO:

Dirreccion Ciudad Estado Codigo

NUMERO TELEFONICO: (____) _____ - _____

Quien vive en esta dirreccion?: _____

SEGURO MEDICO:

Policia primaria: A nombre de quien esta el seguro?: _____

Fecha de nacimiento: _____ Relacion al niño(a) _____

Tipo de seguro: _____

de identificacion: _____ # del grupo _____

CONTACTO PRIMARIO: NOMBRE: _____ Relacion _____

Vive con el paciente? Si o No Fecha de nacimiento: _____

Telefono de trabajo: (____) _____ - _____ Celular: (____) _____ - _____

Correo Electronico _____

Empleo: _____ Ocupacion _____

Como prefiere que nos comuniquemos con usted? (marque uno por favor)

Problemas medicos: numero de telefono de casa/trabajo/celular/correo electronico

Recordatorios de Citas: numero de telefono de casa/trabajo/celular/correo electronico

Facturas: domicilio/correo electronico

Noticias generales: domicilio/correo electronico

CONTACTO SECUNDARIO: NOMBRE: _____ Relacion _____

Vive con el paciente? Si o No Fecha de nacimiento: _____

Telefono de trabajo: (____) _____ - _____ Celular: (____) _____ - _____

Correo Electronico _____

Empleo: _____ Ocupacion _____

Quien debe de recibir las facturas? _____

Si lo padres estan separados o divorciados, quen tiene custodia del paciente?

En caso de emergencia a quien podemos llamar?

1. _____ # Telefonico: _____

2. _____ #Telefonico: _____