

Fecha en que se completó:

Proveedor Médico Primario

Formulario para la inscripción del paciente (Llene todos los campos)

Información del paciente

Nombre legal completo del niño (apellido, primer nombre, segundo nombre)		Fecha de nacimiento:	Sexo:	Nombre preferido
Otros niños en la familia				
Dirección postal del niño (ciudad, estado, código postal)				Dirección del correo electrónico de uno de los padres: <input type="checkbox"/> del padre numero 1 <input type="checkbox"/> del padre numero 2
Núm. de teléfono dónde vive el niño (línea de teléfono terrestre)	Número de teléfono celular donde vive el niño		Núm. del trabajo de uno de los padres <input type="checkbox"/> del padre numero 1 <input type="checkbox"/> del padre numero 2	
Raza: Asiático Indio americano o nativo de Alaska Negro o afroamericano Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico Blanco				
Grupo étnico: Hispano No-hispano				
Idioma principal de los padres o tutor legal: Inglés Español Otro				
¿Necesita intérprete el padre/madre o tutor legal? Sí No				
Nivel educativo del padre numero 1 : Algo de Preparatoria Diploma de Preparatoria o GED Algo de universidad Grado universitario Postgrado o mayor Prefiero no responder				
Nivel educativo del padre numero 2 : Algo de Preparatoria Diploma de Preparatoria o GED Algo de universidad Grado universitario Postgrado o mayor Prefiero no responder				

Si el niño o niños tienen seguro, por favor muéstrele la tarjeta del seguro al personal de la recepción.

Contactos en caso de emergencia			
Nombre del padre numero 1 (apellido, primer nombre, segundo nombre)	Tel. de la casa	Tel. del trabajo	Celular
Dirección del hogar (ciudad, estado, código postal) (si es diferente al anterior)			
Nombre del padre numero 2 (apellido, primer nombre, segundo nombre)	Tel. de la casa	Tel. del trabajo	Celular
Dirección del hogar (ciudad, estado, código postal) (si es diferente al anterior)			
Contacto adicional (apellido, nombre de pila, segundo nombre)	Tel. de la casa	Tel. del trabajo	Celular: Relación con el paciente:
Dirección del hogar (ciudad, estado, código postal)			
¿A quién deberíamos agradecerle por haberle derivado a nuestra clínica?			Hospital donde nació el paciente

Información del garante (la persona responsable de pagar)			
Nombre	Relación con el paciente		¿Menor de edad emancipado? Sí No
Dirección postal (si es diferente a la del paciente)	Ciudad	Estado	Código postal
Fecha de nacimiento:	Tel. de la casa	Tel. del trabajo	Tel. Celular
Nombre del empleador	Ciudad	Estado	Código postal

Información del seguro de salud (si tiene seguro de salud, por favor complete la siguiente información)			
Nombre del seguro	Dirección para reclamación de pagos		Teléfono
Identificación del suscriptor	Núm. de grupo	Parentesco del paciente con el suscriptor	
Nombre del suscriptor:	Fecha de nacimiento:		
Dirección del suscriptor (si es diferente a la del garante)	Empleador del suscriptor		