



**TLC Pediatrics Revere**  
**280 Beach Street**  
**Revere, MA 02151**  
**(P)781-289-5057**  
**(F)781-289-4485**

**TLC Pediatrics Everett**  
**391 Broadway Suite 301**  
**Everett, MA 02149**  
**(P)617-389-2121**  
**(F)617-389-4194**

*Nombre del paciente (Apellido, Nombre):* \_\_\_\_\_

*Fecha de nacimiento:* \_\_\_\_\_

*Sexo legal: Hombre ( ) Mujer ( ) Número de seguro social:* \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

*Dirección de casa:* \_\_\_\_\_

*Ciudad:* \_\_\_\_\_ *Estado:* \_\_\_\_\_ *Código postal:* \_\_\_\_\_

*Teléfono De Casa:* \_\_\_\_\_ *Celular:* \_\_\_\_\_

*Número de teléfono de paciente 13 o mayor:* \_\_\_\_\_

*Correo electrónico:* \_\_\_\_\_

*Médico de atención primaria:* \_\_\_\_\_

*Farmacia:* \_\_\_\_\_

---

**Raza (seleccione una)**

*Negra/Africana Americana ( ) Nativa de Hawái/Isleño del Pacífico ( )*

*India Americana/ Nativa de Alaska ( ) Blanca ( )*

*Asiático ( ) Otra ( )*

*Multirracial ( ) Negarse a Responder ( )*

---

**Origen Étnico (seleccione uno)** Hispano ( ) No Hispano ( ) Negarse a Responder ( )

*Idioma hablado preferido:* \_\_\_\_\_ *Escrito:* \_\_\_\_\_

---

*¿Impedimentos? Legalmente ciego ( ) Legalmente sordo ( )*



**TLC Pediatrics Revere**  
280 Beach Street  
Revere, MA 02151  
(P)781-289-5057  
(F)781-289-4485

**TLC Pediatrics Everett**  
391 Broadway Suite 301  
Everett, MA 02149  
(P)617-389-2121  
(F)617-389-4194

*Padre/Tutor legal: ¿Es el padre/tutor el mismo que el titular de la póliza (¿responsable de las facturas?)*

*Si ( ) No ( )*

1. *Nombre:* \_\_\_\_\_ *Fecha de nacimiento:* \_\_\_\_\_

*Relación:* \_\_\_\_\_ *Número de teléfono:* \_\_\_\_\_

*Correo electrónico:* \_\_\_\_\_

2. *Nombre:* \_\_\_\_\_ *Fecha de nacimiento:* \_\_\_\_\_

*Relación:* \_\_\_\_\_ *Número de teléfono:* \_\_\_\_\_

*Correo electrónico:* \_\_\_\_\_

*Titular de la póliza:* \_\_\_\_\_ *Fecha de nacimiento:* \_\_\_\_\_

*Número de teléfono#:* \_\_\_\_\_

*Dirección de casa:* \_\_\_\_\_

*Ciudad:* \_\_\_\_\_ *Estado:* \_\_\_\_\_ *Código postal:* \_\_\_\_\_

*Compañía de seguro primaria:* \_\_\_\_\_

*ID de suscriptor:* \_\_\_\_\_ *Numero de grupo:* \_\_\_\_\_

*Nombre de suscriptor:* \_\_\_\_\_ *Fecha de nacimiento:* \_\_\_\_\_

*Relación:* \_\_\_\_\_

*Dirección de suscriptor:* \_\_\_\_\_

*Compañía de seguro secundaria:* \_\_\_\_\_

*ID de suscriptor:* \_\_\_\_\_ *Numero de grupo:* \_\_\_\_\_

*Nombre de suscriptor:* \_\_\_\_\_ *Fecha de nacimiento:* \_\_\_\_\_

*Relación:* \_\_\_\_\_

*Dirección de suscriptor:* \_\_\_\_\_



**TLC Pediatrics Revere**  
**280 Beach Street**  
**Revere, MA 02151**  
**(P)781-289-5057**  
**(F)781-289-4485**

**TLC Pediatrics Everett**  
**391 Broadway Suite 301**  
**Everett, MA 02149**  
**(P)617-389-2121**  
**(F)617-389-4194**

---

*Hermanos*

*Nombre:* \_\_\_\_\_ *Fecha de nacimiento:* \_\_\_\_\_

---

*¿Hay alguna persona con la que el niño no pueda tener contacto? Si ( ) No ( )*

*Nombre:* \_\_\_\_\_ *Relación:* \_\_\_\_\_

*Firma:* \_\_\_\_\_ *Nombre en letra de molde:* \_\_\_\_\_

*Fecha:* \_\_\_\_\_

*¿Como se enteró de nosotros?*

**Sitio De Web** \_\_\_\_\_

**Amigos** \_\_\_\_\_

**Relativos** \_\_\_\_\_

**Otro** \_\_\_\_\_