



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

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

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

*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** \_\_\_\_\_