



# DOCUMENTO DE REGISTRO

(Por favor complete en su totalidad, use solo tinta negra)

Primary Physician: \_\_\_\_\_

Account#: \_\_\_\_\_

## INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____	Fecha de Nacimiento: _____	Sexo: _____
Dirección: _____	Ciudad: _____	Estado: _____
Raza: (elija uno) <input type="checkbox"/> Nativo Americano o de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afro-americano <input type="checkbox"/> Nativo Hawayano o del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> No Desea Contestar		Lenguaje de Preferencia: _____
Etnicidad: (elija uno) <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Desea Contestar		
Nombre de Farmacia Preferida: _____ Localización: _____ Teléfono #: _____		

## INFORMACION DE PADRES O GUARDIANES

Guardian Legal	Guardian Legal
Nombre: _____	Nombre: _____
Fecha de Nacimiento: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Seguro Social#: _____	Seguro Social#: _____
Relación con el paciente: _____	Relación con el paciente: _____
<input type="checkbox"/> Vive con el Paciente	<input type="checkbox"/> Vive con el Paciente
Dirección Postal: _____ Calle	Dirección Postal: _____ Calle
Ciudad Estado Codigo Postal	Ciudad Estado Codigo Postal
Teléfono Principal #: (_____) _____ - _____ H T C	Teléfono Principal #: (_____) _____ - _____ H T C
Teléfono Secundario#: (_____) _____ - _____ H T C	Teléfono Secundario#: (_____) _____ - _____ H T C
Empleo: _____	Empleo: _____

## OTRAS PERSONAS EN LA MISMA VIVIENDA

NOMBRE	FECHA NAC.	RELACION AL PAC.	NOMBRE	FECHA NAC.	RELACION AL PAC.
1.			4.		
2.			5.		
3.			6.		

## EN CASO DE EMERGENCIA

Contacto en Caso de Emergencia *(que no viva en la misma direccion):*

Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_ Contacto #: \_\_\_\_\_

## CONFIRMACION DE LA CITA

Prefiero que me llamen despues de las 5pm a: \_\_\_\_\_  Prefiero que me envíen un mensaje de texto a: \_\_\_\_\_

Puedo recibir un correo electrónico a: \_\_\_\_\_  
Al proporcionar mi correo electrónico, autorizo contacto a mi correo electrónico por Island Coast Pediatrics

**Firma del Garantizador** \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
*(o si Paciente es mayor de 18 años)*

Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_ Revisado por: \_\_\_\_\_  
*(para uso de la oficina)*