



Formulario de Registración Niño

☐ Paciente Nuevo ☐ Editar Información

Este formulario puede ser usado para todos los niños MENORES de 18 años

Fecha de Hoy: _____

Por favor complete esta forma para asegurar facturación apropiada por sus servicios. **Por Favor Imprimir.**

Información de Paciente

Apellido de Paciente: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Nombre Preferido: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Teléfono Celular de Menor: _____ ☐ Ninguno

Sexo: ☐ M ☐ F ☐ Transgénero ☐ Ninguno Exclusivo M o F ☐ Negar a Contestar

Etnicidad:

☐ Hispano o Latino ☐ No Hispano o Latino

☐ Negarse a especificar

Raza:

☐ Indio Americano/ Nativo de Alaska ☐ Asiático

☐ Africano Americano ☐ Nativo de Hawái/Isleño Pacifico

☐ Blanco ☐ Negarse a especificar

Lenguaje Preferido: ☐ Ingles ☐ Español ☐ Otro _____ ¿Traductor? ☐ SI ☐ NO Comentarios: _____

Proveedor Primario:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono: _____

Fax: _____

Medico Referente:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono: _____

Fax: _____

Dirección Primaria de Paciente

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono de Casa: (_____) _____

Comunicación/Recordatorios con el Paciente

Esta sección es relacionada al método preferido de comunicación y acceso al Portal de Paciente

Por favor proporcione la información de contacto para la persona cual recibe recordatorios/comunicación para el paciente.

Teléfono de Casa: (_____) _____ Teléfono Celular: (_____) _____ Teléfono de Trabajo: (_____) _____

☐ Web Habilitado Correo Electrónico: _____
(tiene que ser el correo electrónico personal del paciente si es mayor de 12)

☐ No Correo Electrónico ☐ Paciente se Negó Correo Electrónico de Padre o Apoderado: _____

☐ Mensaje de Voz Habilitado ☐ Ingles ☐ Español Método Preferido: ☐ Casa ☐ Celular ☐ Trabajo

☐ Mensaje de Texto Habilitado ☐ Ingles ☐ Español Método Preferido: ☐ Casa ☐ Celular ☐ Trabajo

Tipos de recordatorios que desea recibir:

☐ Citas ☐ Resultados de Laboratorio ☐ Mantenimiento de Salud ☐ Confirmación de Receta ☐ General ☐ TODO ☐ NINGUNO

Información de Farmacia Preferida

Farmacia Primaria Nombre, Dirección & Teléfono: _____

Información del Padre del Paciente

El paciente vive con ☐ Ambos padres ☐ Padre A ☐ Padre B ☐ Tutor legal* Otro, por favor explique: _____

Acuerdo de Custodia ☐ SI ☐ NO ☐ No Disponible (Si es sí, por favor proveer copia)

Nombre del padre A o tutor: _____

Teléfono Celular: _____

Dirección de padre A la misma que le paciente ☐ SI ☐ NO

Si es no, por favor complete

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Padre A Fecha de nacimiento: _____

Teléfono de Casa: _____

Correo Electrónico: _____

Estado de Empleo:

☐ Empleado TC ☐ Empleado TM ☐ No Empleo ☐ Si Mismo

☐ Activo Militar ☐ Retirado ☐ Reserva – Asignación Nat'l

Empleador: _____

*Si es sí a tutor legal, por favor proveer documentos de la corte

Nombre del padre B o tutor: _____

Teléfono Celular: _____

Dirección de padre B la misma que le paciente ☐ SI ☐ NO

Si es no, por favor complete

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Padre B Fecha de nacimiento: _____

Teléfono de Casa: _____

Correo Electrónico: _____

Estado de Empleo:

☐ Empleado TC ☐ Empleado TM ☐ No Empleo ☐ Si Mismo

☐ Activo Militar ☐ Retirado ☐ Reserva – Asignación Nat'l

Empleador: _____

Información de Contacto de Emergencia (por favor provea un contacto aparte de padres)

Apellido, Nombre: _____ Relación al Paciente: _____

Teléfono de Casa: (____) _____ Teléfono Celular: (____) _____ Teléfono de Trabajo: (____) _____

Información de Aseguranza

Por favor provea una copia de TODAS las tarjetas de aseguranza

Por favor déjenos saber si esto es un ☐ Problema de Compensación al Trabajador ☐ MVA ☐ Caso Legal ☐ Aseguranza Escolar

☐ Pagar Si Mismo (no aseguranza) Paciente asegurado bajo: ☐ Aseguranza de Madre ☐ Aseguranza de Padre ☐ Otro

☐ Numero de ID de Medicaid: _____

NOMBRE DE ASEGURANZA PRIMARIA:

Nombre de Plan de Beneficio: _____

ID de Miembro: _____ # de Grupo: _____ Fecha de Efectividad: _____

Nombre de Suscriptor: _____ Fecha de Nacimiento de Suscriptor: _____

Sexo: ☐ M ☐ F ☐ Transgénero ☐ Ninguno Exclusivo M o F ☐ Negar a Contestar

Medico Principal nombrado en tarjeta: _____

NOMBRE DE ASEGURANZA SECUNDARIA:

Nombre de Plan de Beneficio: _____

ID de Miembro: _____ # de Grupo: _____ Fecha de Efectividad: _____

Nombre de Suscriptor: _____ Fecha de Nacimiento de Suscriptor: _____

Sexo: ☐ M ☐ F ☐ Transgénero ☐ Ninguno Exclusivo M o F ☐ Negar a Contestar

Medico Principal nombrado en tarjeta: _____

Información de Garante

Las Iniciales de garante indican reconocimiento de que reconoce que va a recibir una factura y responsabilidad financiera por el paciente. Iniciales de Garante: _____

Relación: ☐ Padre ☐ Madre ☐ Otro (especifique): _____

Apellido: _____ Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: ☐ M ☐ F ☐ Transgénero ☐ Ninguno Exclusivo M o F ☐ Negar a Contestar

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Fecha de Nacimiento: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono Celular: _____ Correo Electrónico: _____

Empleador de Garante: _____

Teléfono de Trabajo: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____