

Formulario de inscripción para familias pediátricas

Este formulario puede ser utilizado por todos los niños MENORES de 18 años. Complete este formulario para garantizar la facturación adecuada de sus servicios. **Por favor imprima**

Fecha de hoy: _____

Información del paciente

Niño #1 Apellido _____ Nombre _____ MI _____
 Nombre _____ Fecha de nacimiento _____
 Género: M F Transgénero Ni exclusivamente M ni F Me niego a especificar
 Teléfono celular del menor _____

Niño #2 Apellido _____ Nombre _____ MI _____
 Nombre _____ Fecha de nacimiento _____
 Género: M F Transgénero Ni exclusivamente M ni F Me niego a especificar
 Teléfono celular del menor _____

Niño #3 Apellido _____ Nombre _____ MI _____
 Nombre _____ Fecha de nacimiento _____
 Género: M F Transgénero Ni exclusivamente M ni F Me niego a especificar
 Teléfono celular del menor _____

Niño #4 Apellido _____ Nombre _____ MI _____
 Nombre _____ Fecha de nacimiento _____
 Género: M F Transgénero Ni exclusivamente M ni F Me niego a especificar
 Teléfono celular del menor _____

Origen étnico:

Hispano o latino Ni hispano ni latino
 Se negó a especificar.

Raza:

Indio americano/Nativo de Alaska Asiático
 Afroamericano Nativo de Hawái/Islas del Pacífico
 Blanco Se negó a especificar

Idioma de preferencia:

Inglés Español
 Otro _____

¿Translator?

Sí NO

Comentarios: _____

Proveedor de atención primaria:

Nombre: _____
 Dirección: _____
 Ciudad, estado, código postal: _____
 Teléfono: _____
 Fax: _____

Proveedor remitente:

Nombre: _____
 Dirección: _____
 Ciudad, estado, código postal: _____
 Teléfono: _____
 Fax: _____

Dirección principal del paciente

Dirección _____
 Ciudad, Estado, Cód. postal _____
 Teléfono de casa: (_____) _____

Recordatorios y comunicaciones del paciente

Esta sección está relacionada con la comunicación y el acceso al Portal del paciente (consulte 'Preguntas frecuentes sobre el Portal del paciente')

Proporcione la información de contacto de la persona que recibirá los recordatorios/comunicaciones para los pacientes.

Teléfono de casa: (_____) _____ Teléfono celular: (_____) _____ Teléfono de trabajo: (_____) _____

habilitado para Internet Correo electrónico del paciente: _____
(debe ser el correo electrónico del paciente si es mayor de 12 años)

Sin correo electrónico Paciente rechazado Correo electrónico del padre/de la madre/apoderado: _____

Mensajería por voz Inglés Español **Método preferido:** Inicio Celular Trabajo
 Mensajería habilitada para texto Inglés Español **Método preferido:** Inicio Celular Trabajo

Tipos de recordatorios que desea recibir:

Citas Resultados de laboratorio Mantenimiento de salud Confirmación de receta médica Generalidades TODAS NINGUNA

Información de farmacia preferida

Nombre, dirección y teléfono de la farmacia principal #: _____

Información parental del paciente

El paciente vive con Ambos padres Padre A Padre B Tutor*
Acuerdo de custodia Sí NO N/C (En caso AFIRMATIVO, proporcione una copia)

Padre/madre/tutor(A) Nombre: _____

Teléfono celular: _____

Padre/madre (A) Dirección igual que la del paciente Sí NO

Si la respuesta es NO, complete

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Padre/madre (A) Fecha de nacimiento: _____

Teléfono de casa: _____

Correo electrónico: _____

Situación Laboral:

Empleado FT Empleado PT No Empleado
 Yo mismo Militar activo Retirado Reservado - Asignado

Empleador: _____

Otro Por favor explique: _____

*Si responde AFIRMATIVAMENTE al tutor, proporcione los documentos

Nombre del padre/de la madre/del tutor (B): _____

Teléfono celular: _____

Padre/madre (B) Dirección igual que la del paciente Sí NO

Si la respuesta es NO, complete

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Padre o madre (B) Fecha de nacimiento: _____

Teléfono de casa: _____

Correo electrónico: _____

Situación Laboral:

Empleado FT Empleado PT No Empleado
 Yo mismo Militar activo Retirado Reservado - Asignado

Empleador: _____

Información de contacto de emergencia

(proporcione un contacto que no sea el de los padres)

Apellido, nombre: _____ Parentesco con el paciente: _____

Teléfono de casa: (____) _____ Teléfono celular: (____) _____ Teléfono de trabajo: (____) _____

Información

Sobre el seguro Proporcione una copia de TODAS las tarjetas de seguro

Por favor, háganos saber si este es un Compensación para trabajadores Problema MVA Caso legal Seguro escolar
 Pago por cuenta propia (sin seguro) Paciente asegurado bajo lo siguiente: Seguro para madres Seguro para padres Otros
 Medicaid - Número de identificación: _____

NOMBRE PRINCIPAL DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO:

Nombre del plan de beneficios _____

ID del afiliado: _____ Grupo #: _____ Fecha de entrada en vigencia: _____

Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento del suscriptor: _____

Género: M F Transgénero Ni exclusivamente M ni F Se niega a especificar

PCP que figura en la tarjeta: _____

NOMBRE DEL SEGURO SECUNDARIO:

Nombre del plan de beneficios _____

ID del afiliado: _____ Grupo #: _____ Fecha de entrada en vigencia: _____

Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento del suscriptor: _____

Género: M F Transgénero Ni exclusivamente M ni F Se niega a especificar

PCP que figura en la tarjeta: _____

Información del garante

El garante debe reconocer en sus iniciales que usted está al tanto de que recibirá la factura y que se le responsable financieramente de este paciente. Inicial del garante: _____

Parentesco: Padre Madre Otros (especifique): _____

Apellido: _____ Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M F Transgénero Ni exclusivamente M ni F Se niega a especificar

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____ Correo electrónico: _____

Empleador del garante: _____

Teléfono del trabajo: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____