

Pediatric Associates, LLC

Registracion de Paciente

**Primer niño(a):** Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ I: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexo M/F Lenguaje Primario: SPANISH

Origen Etnico: HISPANO Raza: Asia/Moreno/Hawaiano/Blanco

**Segundo niño(a):** Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ I: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexo M/F Lenguaje Primario: SPANISH

Origen Etnico: HISPANO Raza: Asia/Moreno/Hawaiano/Blanco

**Tercer niño(a):** Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ I: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexo M/F Lenguaje Primario: SPANISH

Origen Etnico: HISPANO Raza: Asia/Moreno/Hawaiano/Blanco

**DOMICILIO:**

\_\_\_\_\_

Dirreccion Ciudad Estado Codigo

**NUMERO TELEFONICO:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Quien vive en esta dirreccion?: \_\_\_\_\_

**SEGURO MEDICO:**

Policia primaria: A nombre de quien esta el seguro?: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relacion al niño(a) \_\_\_\_\_

Tipo de seguro: \_\_\_\_\_

# de identificacion: \_\_\_\_\_ # del grupo \_\_\_\_\_

**CONTACTO PRIMARIO:** NOMBRE: \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_

Vive con el paciente? Si o No    Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Telefono de trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Correo Electronico \_\_\_\_\_

Empleo: \_\_\_\_\_ Ocupacion \_\_\_\_\_

**Como prefiere que nos comuniquemos con usted? (marque uno por favor)**

Problemas medicos: numero de telefono de casa/trabajo/celular/correo electronico

Recordatorios de Citas: numero de telefono de casa/trabajo/celular/correo electronico

Facturas: domicilio/correo electronico

Noticias generales: domicilio/correo electronico

**CONTACTO SECUNDARIO:** NOMBRE: \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_

Vive con el paciente? Si o No    Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Telefono de trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Correo Electronico \_\_\_\_\_

Empleo: \_\_\_\_\_ Ocupacion \_\_\_\_\_

Quien debe de recibir las facturas? \_\_\_\_\_

*Si lo padres estan separados o divorciados, quen tiene custodia del paciente?*

\_\_\_\_\_

En caso de emergencia a quien podemos llamar?

1. \_\_\_\_\_ # Telefonico: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ #Telefonico: \_\_\_\_\_