

Registro Para Pacientes de Pediatría

Instrucciones: Por favor complete toda la información que **es aplicable**.

Información del Paciente		
Nombre del Paciente (Apellido, Primer Nombre):		
Fecha de Nacimiento:	Sexo:	Número de Seguro Social:
Nombre de su hijo/a (Apellido, Primer Nombre):		
Fecha de Nacimiento:	Sexo:	Número de Seguro Social:
Nombre de su hijo/a (Apellido, Primer Nombre):		
Fecha de Nacimiento:	Sexo:	Número de Seguro Social:

Domicilio:	
Número de Teléfono de Casa:	Correo Electrónico:
¿Idioma Preferido?	¿Necesita un Intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Como le gustaría recibir sus recordatorios? <input type="checkbox"/> Mensaje de Texto <input type="checkbox"/> Llamada telefónica <input type="checkbox"/> No quiero recordatorios	¿Está empleado el paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si sí, Nombre del empleador:
Nombre de su Pediatra:	Estatus de Empleo: <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo

Contactos del Paciente	
En caso de una emergencia, por favor escriba los nombres de las personas (madre/padre, abuelos, etc) a la cual debemos de contactar:	
(1) Nombre y Apellido del Contacto:	
¿Es igual el domicilio de este contacto como el domicilio del paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<i>Si es que no, por favor escriba el domicilio aquí:</i>	
¿Es esta persona padre/madre/tutor legal del paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Número de Teléfono de Casa y/o Celular:	Parentesco al Paciente: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Foster Parent <input type="checkbox"/> Tío/a <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Pariente <input type="checkbox"/> Vecino/a <input type="checkbox"/> Niñera
(2) Nombre y Apellido del Contacto:	
¿Es igual el domicilio de este contacto como el domicilio del paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<i>Si es que no, por favor escriba el domicilio aquí:</i>	
¿Es esta persona padre/madre/tutor legal del paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Número de Teléfono de Casa y/o Celular:	Parentesco al Paciente: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Foster Parent <input type="checkbox"/> Tío/a <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Pariente <input type="checkbox"/> Vecino/a <input type="checkbox"/> Niñera

Información del Garante

¿Quién es **económicamente responsable** de la cuenta de su hijo/a por si es que hay un cargo que su seguro médico **no cubra**?

Contacto Número Uno (1) Contacto Número Dos (2) Alguien Más

Si es "Alguien Más" por favor escriba el **nombre completo y el domicilio** del indicado:

Sexo del Garante:	Número de Seguro Social:	Fecha de Nacimiento:
--------------------------	---------------------------------	-----------------------------

Parentesco al Paciente: Padre/Madre/Tutor Legal Foster Parent Abuelo/a Pariente

Correo Electrónico:

¿**Está empleada** esta persona? Sí No

Si es que sí, complete la siguiente línea:

Nombre del Empleador/Lugar de Trabajo:	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Retirado
--	--

Información del Seguro Médico Primario

Nombre del Seguro Médico Primario:

Número de la Póliza:

Número del Grupo:

¿**Quien es el Suscriptor de este plan?** Contacto Número Uno (1) Contacto Número Dos (2) Garante
 Paciente *solo si el paciente tiene Medi-Cal o Medi-Cal HMO*

Información del Seguro Médico Secundario

Nombre del Seguro Médico Secundario:

Número de la Póliza:

Número del Grupo:

¿**Quien es el Suscriptor de este plan?** Contacto Número Uno (1) Contacto Número Dos (2) Garante
 Paciente *(solo si el paciente tiene Medi-Cal o Medi-Cal HMO)*

¿Cómo Se Enteró De Nosotros?

Pariente/Familia/Amistad Doctor Internet/Televisión/Radio Seguro Médico No Se

Nombre del doctor quien los refirió:

¿Cual es el Nombre y Domicilio de Su Farmacia?

Firma del Padre/Madre/Tutor Legal:

Fecha de Hoy:

¡Muchas Gracias! Por favor entregue las formas a las recepcionistas.