



Building Blocks Pediatric Group www.bbpediatrics.com

215 Harrison Ave., Harrison, NJ 07029

Phone Number: (862) 955-3183 / Fax: 862-955-3189

FORMULARIO DE REGISTRACION

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre: _____ Apellido: _____ ☐ Femenino ☐ Masculino

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Etnicidad _____ Raza _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Nombre de Seguro Médico: _____ ID #: _____

INFORMACION DE LA MADRE/ EL PADRE

Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Lenguaje: _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

INFORMACION DE LA MADRE/ EL PADRE

Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Lenguaje: _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA: ¿Le da permiso para autorizar el tratamiento médico que nuestra oficina considere necesario y también para tener acceso al registro médico confidencial de su hijo? **SI** ☐ **NO** ☐

Nombre: _____ Apellido: _____

Relación con el paciente: _____ Lenguaje: _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Firma: _____ Fecha: _____