



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 _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Nombre de Seguro Medico: _____ ID #: _____

INFORMACION DE LA MADRE

Nombre: _____ Apellido: _____

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

Numero de telefono: _____ Correo electronico: _____

INFORMACION DEL PADRE

Nombre: _____ Apellido: _____

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

Numero de telefono: _____ Correo electronico: _____

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: _____

Relacion con el paciente: _____ Lenguaje: _____

Numero de telefono: _____ Correo electronico: _____

Firma: _____ Fecha: _____