

BUILDING BLOCKS PEDIATRIC GROUP, LLC – Formulario de registraci3n de paciente

Informaci3n del paciente

| | | |
|------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| Nombre Completo: _____ | <input type="checkbox"/> Femenino | <input type="checkbox"/> Masculino |
| Direcci3n: _____ | Ciudad: _____ | Estado: _____ C3digo Postal: _____ |
| Tel3fono: _____ | SS#: _____/_____/_____ | D3a Nacimiento: ____/____/____ |

INFORMACI3N DE LA MADRE

| | | |
|---------------------------|--------------------------------|--|
| Nombre: _____ | Apellido: _____ | Inicial: _____ |
| Direcci3n: _____ | Ciudad: _____ | Estado: _____ C3digo Postal: _____ |
| Tel3fono del hogar: _____ | Tel3fono del trabajo: _____ | Tel3fono m3vil: _____ |
| SS#: _____/_____/_____ | D3a Nacimiento: ____/____/____ | Estado Marital <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> W |
| Correo electr3nico: _____ | Idioma: _____ | |

INFORMACI3N DEL PADRE

| | | |
|---------------------------|--------------------------------|--|
| Nombre: _____ | Apellido: _____ | Inicial: _____ |
| Direcci3n: _____ | Ciudad: _____ | Estado: _____ C3digo Postal: _____ |
| Tel3fono del hogar: _____ | Tel3fono del trabajo: _____ | Tel3fono m3vil: _____ |
| SS#: _____/_____/_____ | D3a Nacimiento: ____/____/____ | Estado Marital <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> W |
| Correo electr3nico: _____ | Idioma: _____ | |

INFORMACI3N DE EMERGENCIA

| | | |
|-----------------------------|---------------------------|------------------------------------|
| Nombre: _____ | Apellido: _____ | Inicial: _____ |
| Direcci3n: _____ | Ciudad: _____ | Estado: _____ C3digo Postal: _____ |
| Relaci3n al paciente: _____ | Tel3fono del hogar: _____ | Tel3fono m3vil: _____ |
| Idioma: _____ | | |

| |
|--|
| METODO DE CONTACTO PREFERIDO: <input type="checkbox"/> CORREO AL HOGAR <input type="checkbox"/> #HOGAR <input type="checkbox"/> #M3VIL <input type="checkbox"/> #TRABAJO |
|--|

PLAN MEDICO PRIMARIO

PLAN MEDICO SECUNDARIO

| | |
|---------------------------|---------------------------|
| Nombre Aseguradora: _____ | Nombre Aseguradora: _____ |
| Numero de Póliza: _____ | Numero de Póliza: _____ |
| Nombre de Empleo: _____ | Nombre de Empleo: _____ |
| Ocupación: _____ | Ocupación: _____ |

ETNICIDAD

RAZA

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> DESCONOZIDO | <input type="checkbox"/> INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA |
| <input type="checkbox"/> HISPANICO O LATINO | <input type="checkbox"/> ASIÁTICO |
| <input type="checkbox"/> NO ES HISPANICO O LATINO | <input type="checkbox"/> NEGRO |
| <input type="checkbox"/> SIN RESPUESTA | <input type="checkbox"/> HAWAIANO O ISLEÑO PACIFICO |
| | <input type="checkbox"/> BLANCO |
| | <input type="checkbox"/> SIN RESPUESTA |

Si se ha hecho arreglos para que alguien que no sea usted, el padre/tutor legal, para acompañar a su hijo (es decir, abuela, tía, tío o hermano, etc.) a nuestra oficina, vamos a necesitar el permiso escrito de su parte para que firmen y autoricen el tratamiento medico cuando se considere necesario por nuestra oficina, así como tener acceso al expediente medico confidencial de su hijo. Además, deberán traer una identificación valida del estado y la información del seguro de su hijo.

1. _____
(Nombre y fecha de nacimiento del familiar/amigo)
2. _____
(Nombre y fecha de nacimiento del familiar/amigo)
3. _____
(Nombre y fecha de nacimiento del familiar/amigo)

La información proporcionada es completa y exacta en lo mejor de mi conocimiento. Yo voy a asesorar a la oficina si hay un cambio en la dirección y/o la información del seguro.

Firma: _____ Fecha: _____
(Nombre del padre o tutor legal)