

## Registro Para Pacientes de Pediatría

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

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

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

Contactos del Paciente	
<b>En caso de una emergencia, por favor escriba los nombres de las personas (madre/padre, abuelos, etc) a la cual debemos de contactar:</b>	
<b>(1) Nombre y Apellido del Contacto:</b>	
<b>¿Es igual</b> 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 <b>escriba el domicilio</b> aquí:</i>	
<b>¿Es esta persona padre/madre/tutor legal</b> del paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Número de Teléfono de Casa y/o Celular:</b>	<b>Parentesco al Paciente:</b> <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
<b>(2) Nombre y Apellido del Contacto:</b>	
<b>¿Es igual</b> 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 <b>escriba el domicilio</b> aquí:</i>	
<b>¿Es esta persona padre/madre/tutor legal</b> del paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Número de Teléfono de Casa y/o Celular:</b>	<b>Parentesco al Paciente:</b> <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:

<b>Sexo del Garante:</b>	<b>Número de Seguro Social:</b>	<b>Fecha de Nacimiento:</b>
--------------------------	---------------------------------	-----------------------------

**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.**