FORMULARIO DE REGISTRACION DEL PACIENTE

Gracias por cuidadosaamente tomarse el tiempo para completar este formulario. Su respuestas nos ayudar a atenderlo mejor.
POR FAVOR LLENE ESTA PAGINA CON EL LAPIZ PROVEIDO

1. INFORMACION DEL PACIENTE

_____ _____ NIÑO NIÑA _____
NOMBRE Del Paciente **FECHA De NACIMIENTO** (Marque Uno) **SEGURO SOCIAL**

_____ _____ _____
DIRECCION POSTAL **CIUDAD** **ESTADO** **CODIGO POSTAL** **TELEFONO**

_____ _____
DIRECCION FISICA (Si es diferente de la anterior) **CIUDAD** **ESTATE** **CODIGO POSTAL**

2. INFORMACION DE LOS PADRES O GUARDIAN

	MADRE	PADRE	OTRO
Nombre	_____	_____	_____
Direccion	_____	_____	_____
Telefono	_____	_____	_____
Empleo	_____	_____	_____
Telefono Tabajo	_____	_____	_____
Celular	_____	_____	_____
Seguro Social	_____	_____	_____
Niño/a vive con?	Si o No	Si o No	Si o No
Esta bien que nos Contactemos?	Si o No	Si o No	Si o No

3. INFORMACIO DE ASEGURANSA (Si no tiene aseguransa, escriva " No aseguransa " y siga a la seccion 4)

Nombre de la compañia de seguro _____ **# de Identificacion** _____
(Si la aseguransa esta a nombre del niño/a , siga a la seccion 4)

_____ _____ _____ _____
Nombre del preincipal en a poliza **Relacion** **SS#** **Fecha de nacimiento**

_____
Direccion y telefonodel pricipal en la poliza **Nombre de la compañia de trabajo**
(si es igual que la del padre o madre escriva " Igual "

4. INFORMACION DE EMERGENCIA (Alguien diferente con quien contactarse en caso de emergencia)

_____ _____ _____ _____
NOMBRE **DIRECCION** **TELEFONO** **Relacion**

Quien lo refirio a nosotros? Amista/Familia Aseguranza Hospital Paginas Amarillas Otro _____

Con mi consentimiento, Railroad Parks Pediatrics P.A, puede usar y dar informacion protegida sobre este niño/a para seguimiento de tratamiento, y pagos relacionado con con atencion de la salud. Yo autorizo mi compañia de seguro que le pague directamente a Railroad Park Pediatrics P.A. por los servicios dados. Yo entiendo que soy responsible por co-pagos, deducibles y lo que mi compania de seguro no cubra. Yo he chequeado la informacion en esta registracion y testifico que se a llenado es correcta. He leido la carta de bienvenida y entiendo que si mi niño/a pierde (3) citas sin notificar a la oficina por lo menos en 24 horas con anticipacion, mi niño/a sera despedido de la oficina de mi doctor.

_____ _____ _____
FIRMA DEL PADRE, MADRE O GUARDIAN **RELACION** **FECHA**

CIP-30413B-6/11-500