



## Formulario de Registración Niño/ Dependiente

Por favor complete esta forma para asegurar facturación apropiada por sus servicios. **Favor de Imprimir.** Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

No. de Cuenta	Fecha Entrado
Reg. Por	Sitio de Oficina
<input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Cambio    Cambio de Información:	

### Información de Paciente

Apellido de Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ MN: \_\_\_\_\_

Otro Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección 1: \_\_\_\_\_

Dirección 2: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Método preferido para contactar:

Teléfono Alternativo     Correo Electrónico     Carta

Llamada (Celular)     Llamada (Casa)

Estado de Empleado:

Empleado Tiempo Completo     Empleado Tiempo Medio

Estudiante

Empleador: \_\_\_\_\_

No. de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  M     F

Teléfono de Casa: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Teléfono Alternativo: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Étnica: **(Datos usados para reportar estadísticas)**

Hispano o Latino     No Hispano o Latino     Paciente se negó

Etnicidad: **(Datos usados para reportar estadísticas)**

Indígena Americano o Nativo de Alaska

Negro o Africano Americano

Nativo de Hawaiana/Isleño Pacífico     Asiático     Blanco

Paciente se negó

Lenguaje:  Ingles     Español     Otro \_\_\_\_\_

### Información de Aseguración (Una forma separada es requerida para compensación al trabajador, responsabilidad automovilística, o servicio legal)

**PORTADOR PRIMARIO:** \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre de Suscriptor: \_\_\_\_\_

Suscriptor Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  M     F

Empleador de Suscriptor: \_\_\_\_\_

**PORTADOR SECUNDARIO:** \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre de Suscriptor: \_\_\_\_\_

Suscriptor Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  M     F

Empleador de Suscriptor: \_\_\_\_\_

Medico de Atención Primaria: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

# de Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre de Farmacia, Dirección & # de Teléfono: \_\_\_\_\_

# de Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

# ID de Niño: \_\_\_\_\_

Grupo/Plan #: \_\_\_\_\_ Fecha Efectiva: \_\_\_\_\_

SSN de Suscriptor: \_\_\_\_\_ Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

MAP en la Tarjeta: \_\_\_\_\_

# de Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

# ID de Niño: \_\_\_\_\_

Grupo/Plan #: \_\_\_\_\_ Fecha Efectiva: \_\_\_\_\_

SSN de Suscriptor: \_\_\_\_\_ Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

MAP en la Tarjeta: \_\_\_\_\_

Médico que Referido (si es diferente): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

# de Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## Información de Garante

(Garante es la persona responsable financieramente por la factura del paciente.)

Garante: \_\_\_\_\_

Relación del Paciente al Garante: \_\_\_\_\_

Dirección 1: \_\_\_\_\_

No. de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección 2: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Teléfono Trabajo: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

# de Licencia de Manejar \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

## Otro Padre o Tutor

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación de Paciente a Garante: \_\_\_\_\_

Dirección 1: \_\_\_\_\_

No. de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección 2: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de Trabajo: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Lic. de Manejar \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

## Contacto de Emergencia

(Alguien que vive fuera del hogar primario.)

Apellido, Nombre: \_\_\_\_\_

Relación de Paciente a Contacto: \_\_\_\_\_

Dirección 1: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección 2: \_\_\_\_\_

Teléfono de Trabajo: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de Celular: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## Liste todos los Niños/ Hermanos

Niño #1 Apellido

Nombre

Fecha de Nacimiento

Niño #2 Apellido

Nombre

Fecha de Nacimiento

Niño #3 Apellido

Nombre

Fecha de Nacimiento

Niño #4 Apellido

Nombre

Fecha de Nacimiento

¿Como escucho de nuestra practica?  Anuncio  Folleto  Feria de Salud  Plan de Salud  Internet  Correo Masivo

Periódico/Revista  Cuidado Continuo  Paciente  Libro de Teléfono  Off. De Medio /ER  Pariente  Radio  TV

De otra Persona  Otro