

## Formulario de Registración Familiar Pediátrica

Este formulario puede ser usado para todos los niños MENORES de 18 años

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

### Información de Paciente

**Niño #1** Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_  
 Nombre Preferido: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Sexo:  M    F    Transgénero    Ninguno Exclusivo M or F    Negar a Contestar  
 Teléfono Celular de Menor \_\_\_\_\_

**Niño #2** Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_  
 Nombre Preferido: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Sexo:  M    F    Transgénero    Ninguno Exclusivo M or F    Negar a Contestar  
 Teléfono Celular de Menor \_\_\_\_\_

**Niño #3** Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_  
 Nombre Preferido: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Sexo:  M    F    Transgénero    Ninguno Exclusivo M or F    Negar a Contestar  
 Teléfono Celular de Menor \_\_\_\_\_

**Niño #4** Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_  
 Nombre Preferido: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Sexo:  M    F    Transgénero    Ninguno Exclusivo M or F    Negar a Contestar  
 Teléfono Celular de Menor \_\_\_\_\_

#### Etnicidad:

Hispano o Latino    No Hispano o Latino  
 Negarse a especificar

#### Raza:

Indio Americano/ Nativo de Alaska    Asiático  
 Africano Americano    Nativo de Hawái/ Isleño Pacifico  
 Blanco    Negarse a especificar

#### Proveedor Primario:

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Fax: \_\_\_\_\_

#### Lenguaje Preferido:

Ingles    Español  
 Otro \_\_\_\_\_

#### Traductor?

SI    NO

Comentarios: \_\_\_\_\_

#### Medico Referente:

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Fax: \_\_\_\_\_

### Dirección Primaria de Paciente

Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono de Casa: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

### Comunicación para Recordatorios Con el Paciente

Esta sección es relacionada al método preferido de comunicación y acceso al Portal de Paciente

Por favor proporcione la información de contacto para la persona cual recibe recordatorios/ comunicación para el paciente.

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

Web habilitado    Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
(tiene que ser el correo electrónico personal del paciente si es mayor de 18)

No Correo-Electrónico    Paciente se Negó   Correo electrónico principal / proxy: \_\_\_\_\_

Mensaje de Voz Habilitado    Ingles    Español    **Método Preferido:**    Casa    Celular    Trabajo  
 Mensaje de Texto Habilitado    Ingles    Español    **Método Preferido:**    Casa    Celular    Trabajo

#### Tipos de recordatorios que desea recibir:

Citas    Resultados de Laboratorio    Mantenimiento de Salud    Confirmación de Receta    General    TODO    NADA

## Información de Farmacia Preferida

Farmacia Primaria Nombre, Dirección & Teléfono: \_\_\_\_\_

## Información del Padre del Paciente

El paciente vive con  los dos padres  mama  papa  tutor legal\*  
Acuerdo de Custodia  SI  NO  No Disponible (Si es si, por favor proveer copia)

Nombre de Madre: \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Dirección de Madre la misma que le paciente  SI  NO

Si es no, por favor complete

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Fecha de Nacimiento de Madre: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Estado de Empleo:

Empleado TC  Empleado TM  No Empleo

Si Mismo  Activo Militar  Retirado  Reserva - Asignación Nat'l

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

Otro, por favor explique: \_\_\_\_\_

\*Si es si a tutor legal, por favor proveer documentos de la corte

Nombre de Padre: \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Dirección de Padre la misma que le paciente  SI  NO

Si es no, por favor complete

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Fecha de Nacimiento de Padre: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Estado de Empleo:

Empleado TC  Empleado TM  No Empleo

Si Mismo  Activo Militar  Retirado  Reserva - Asignación Nat'l

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

## Información de Contacto de Emergencia (por favor provea un contacto aparte de padres)

Apellido, Nombre: \_\_\_\_\_ Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

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

## Información de Aseguranza Por favor provea una copia de TODAS las tarjetas de aseguranza

Por favor déjenos saber si esto es un  Problema de Compensación al Trabajador  MVA  Caso Legal  Aseguranza Escolar

Pagar Si Mismo (no aseguranza) Paciente asegurado bajo:  Aseguranza de Madre  Aseguranza de Padre  Otro

Numero de ID de Medicaid: \_\_\_\_\_

**NOMBRE DE ASEGURANZA PRIMARIA:**

Nombre de Plan de Beneficio \_\_\_\_\_

ID de Miembro: \_\_\_\_\_ # de Grupo: \_\_\_\_\_ Fecha de Efectividad: \_\_\_\_\_

Nombre de Suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento de Suscriptor: \_\_\_\_\_

Sexo:  M  F  Transgénero  Ninguno Exclusivo M o F  Negar a Contestar

Medico Principal nombrado en tarjeta: \_\_\_\_\_

**NOMBRE DE ASEGURANZA SECUNDARIA:**

Nombre de Plan de Beneficio \_\_\_\_\_

ID de Miembro: \_\_\_\_\_ # de Grupo: \_\_\_\_\_ Fecha de Efectividad: \_\_\_\_\_

Nombre de Suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento de Suscriptor: \_\_\_\_\_

Sexo:  M  F  Transgénero  Ninguno Exclusivo M o F  Negar a Contestar

Medico Principal nombrado en tarjeta: \_\_\_\_\_

## Información de Garante Las Iniciales de garante indican reconocimiento de que reconoce que va a recibir una factura y responsabilidad financiera por el paciente. Iniciales de Garante: \_\_\_\_\_

Relación:  Padre  Madre  Otro (especifique): \_\_\_\_\_

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

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F  Transgénero  Ninguno Exclusivo M or F  Negar a Contestar

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Empleador de Garante: \_\_\_\_\_

Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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