



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

Formulario de Registración Niño/ Dependiente

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

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: _____

Etnica: (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