



Registro del Paciente

Información del Paciente

Nombre(s):				Apellido:		
Dirección:				Ciudad:	Estado:	Código:
Seguro Social:	Teléfono Domiciliar:			Teléfono de Trabajo e/Est		
Celular:	Pager:			E-Mail		
Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de Nacimiento / /	Edad:	<input type="checkbox"/> Favor de enviar correspondencias via E-mail	
Estado Matrimonial :	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Viudo	

Información de la Madre Marque la casilla si fuera usted que trajo el niño hoy

Nombre(s):				Apellido:		
Dirección:				Ciudad:	Estado:	Código:
Seguro Social:	Teléfono Domiciliar:			Teléfono de Trabajo e/Est		
Celular:	Pager:			E-Mail		
Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de Nacimiento / /	Edad:	<input type="checkbox"/> Favor de enviar correspondencias via E-mail	
Estado Matrimonial :	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Viudo	

Información del Padre Marque la casilla si fuera usted que trajo el niño hoy

Nombre(s):				Apellido:		
Dirección:				Ciudad:	Estado:	Código:
Seguro Social:	Teléfono Domiciliar:			Teléfono de Trabajo e/Est		
Celular:	Pager:			E-Mail		
Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de Nacimiento / /	Edad:	<input type="checkbox"/> Favor de enviar correspondencias via E-mail	
Estado Matrimonial :	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Viudo	

Parte Responsable Marque la casilla si fuera usted que trajo el niño hoy

Nombre(s):				Apellido:		
Dirección:				Ciudad:	Estado:	Código:
Seguro Social:	Teléfono Domiciliar:			Teléfono de Trabajo e/Est		
Celular:	Pager:			E-Mail		
Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de Nacimiento / /	Edad:	<input type="checkbox"/> Favor de enviar correspondencias via E-mail	
Estado Matrimonial :	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Viudo	

Información del Seguro

Nombre del Asegurado:	Relación con el Paciente:			<input type="checkbox"/> Mismo	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Otro
Fecha de Nacimiento / /	Seguro Social:						
Patrón:	Teléfono del Patrón:						
Dirección del Patrón:	Ciudad:			Estado:	Código:		
Compañía de Seguro:	Teléfono del Seguro:						
Número de la Póliza	Número del Grupo:						

Información del Seguro

Certifico que yo (o mi dependiente) tengo (tiene) cobertura de seguro como indicado y añadiendo directamente a esta oficina todos los beneficios de otro modo pagables a mi por servicios prestados. Entiendo que soy responsable financieramente por todos los cargos si fueran pagos o no por el seguro. Autorizo el médico a liberar toda la información necesaria para conseguir el pago de beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones de seguro.



Firma de la Parte Responsable: _____ Fecha: / /

Relación con el Menor (si aplicable) _____

Int. Del Personal.

