

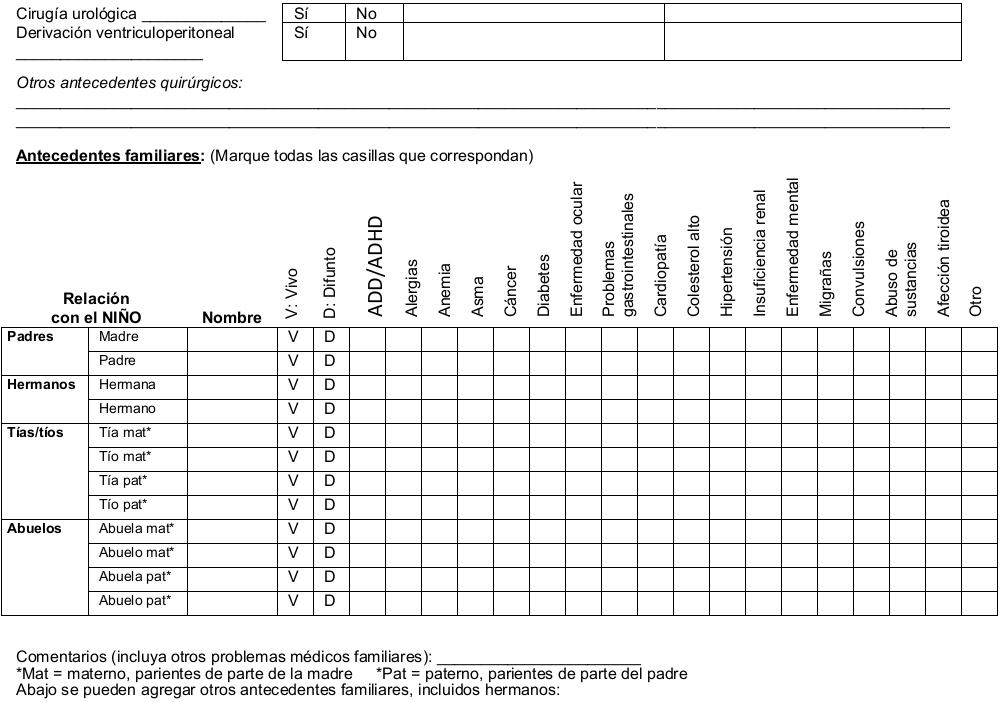
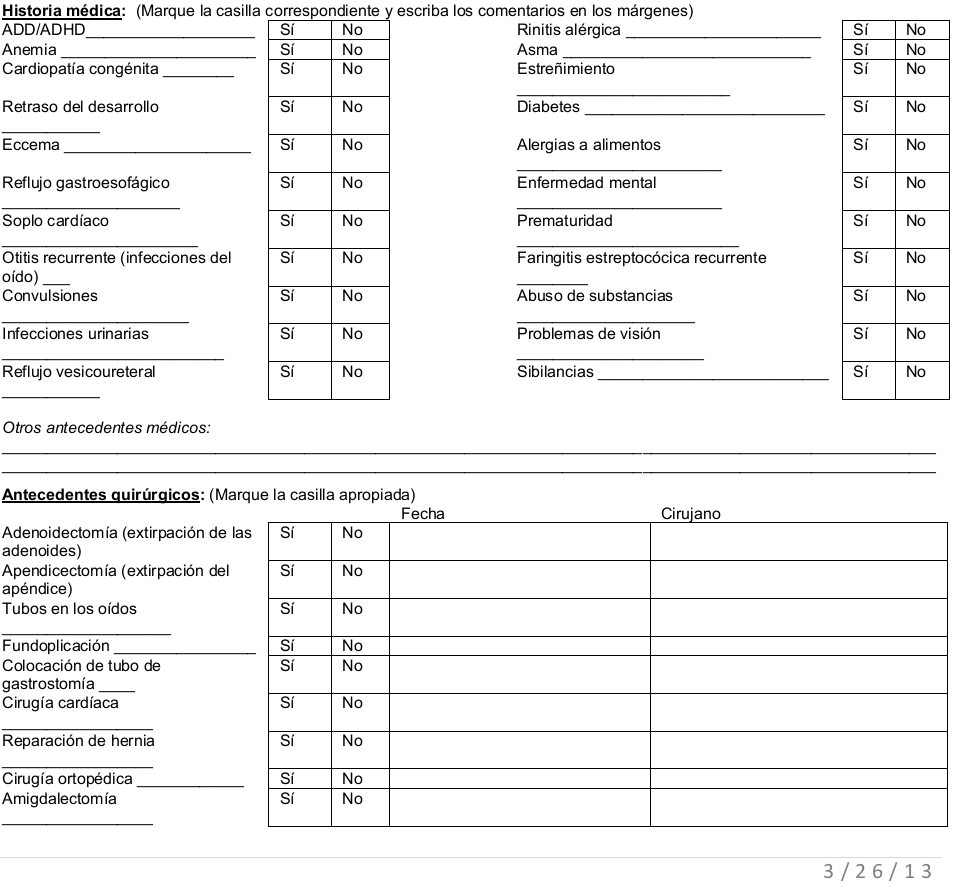
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Formulario de Registro de Pacientes Nuevos** | | | | | | | | | | |
| **Nombre:** | | |  | | | | | | | |
| **Fecha de Nacimiento:** | |  | | | **Género :** 🞎 Masculino 🞎 Femenino | | | |
| **Raza:** | | Blanco | | Negro o Afroamericano | | | Indio Americano | Hispano | | Asiático |
| **Origen étnico:** | | | Hispano o Latino | | | No Hispano o Latino | | | | |
| **Nombre:** |  | | | | | | | | | |
| **Fecha de Nacimiento:** | |  | | | **Género :** 🞎 Masculino 🞎 Femenino | | | |
| **Raza:** | | Blanco | | Negro o Afroamericano | | | Indio Americano | Hispano | | Asiático |
| **Origen étnico:** | | | Hispano o Latino | | | Hispano o Latino | | | | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Nombre:** | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Fecha de Nacimiento:** | | |  | | | | | | | | | **Género :** 🞎 Masculino 🞎 Femenino | | | | | | | | | | | | | | | | | **Raza:** | | | Blanco | | | | | Negro o Afroamericano | | | | | | | | | | Indio Americano | | | | | | | Hispano | | | | Asiático | | | | **Origen étnico:** | | | | | Hispano o Latino | | | | | | | | | | | | Hispano o Latino | | | | | | | | | | | | | | | | **Nombre:** | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Fecha de Nacimiento:** | | |  | | | | | | | | | **Género :** 🞎 Masculino 🞎 Femenino | | | | | | | | | | | | | | | | | **Raza:** | | | Blanco | | | | | Negro o Afroamericano | | | | | | | | | | Indio Americano | | | | | | | Hispano | | | | Asiático | | | | **Origen étnico:** | | | | | Hispano o Latino | | | | | | | | | | | | Hispano o Latino | | | | | | | | | | | | | | | | **Dirección Postal:** | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | **Ciudad:** | | | | | | | | **Estado:** | | | **Código Postal:** | | | **Dirección Física:**  (Si es diferente al envío postal) | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Teléfono de Casa o de Celular:** | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Preferencia de idioma:** | | | | | | | | | | | | | | **Padre / Guardian Legal # 1** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Nombre:** | | | | |  | | | | | | | | | | | **Relación con la paciente:** | | | | | | | | |  | | | | | | | | **SS#:** | |  | | | | | | | | | **Fecha de Nacimiento:** | | | |  | | | | | | | **Género :** 🞎 Masculino 🞎 Femenino | | | | | | | | | | | **Dirección Postal:** | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | **Ciudad:** | | | | | | | | **Estado:** | | | **Código Postal:** | | | **Teléfono de Casa:** | | | | | |  | | | | | | | | **Teléfono de Celular:** | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | **Número de Teléfono del Trabajo:** | | | | | |  | | | | | | | | **Nombre del Empleador:** | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | **Dirección de Correo Electrónico:** | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Padre / Guardian Legal # 2** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Nombre:** | | | | |  | | | | | | | | | | | **Relación con la paciente:** | | | | | | | | |  | | | | | | | | **SS#:** | |  | | | | | | | | | **Fecha de Nacimiento:** | | | |  | | | | | | | **Género :** 🞎 Masculino 🞎 Femenino | | | | | | | | | | | **Dirección Postal:** | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | **Ciudad:** | | | | | | | | **Estado:** | | | **Código Postal:** | | | **Teléfono de Casa:** | | | | | |  | | | | | | | | **Teléfono de Celular:** | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | **Número de teléfono del trabajo:** | | | | | |  | | | | | | | | **Nombre del Empleador:** | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | **Dirección de Correo Electrónico:** | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Contacto de Emergencia:**  *Persona que no vive en el mismo hogar que el paciente* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 | **Nombre:** | | | |  | | | | | | | | | | | | **Relación con la paciente:** | | | | | |  | | | | | | | | | |  | **Número de Teléfono:** | | | | | |  | | | | | | | | | | **Licencia de Conducir:** | | | | | | |  | | | | | | | | | 2 | **Nombre:** | | | |  | | | | | | | | | | | | **Relación con la paciente:** | | | | | |  | | | | | | | | | |  | **Número de Teléfono:** | | | | | | | |  | | | | | | | | **Licencia de Conducir:** | | | | | | |  | | | | | | | | | **Información del Seguro Primario: -*Por favor dé la tarjeta a la recepcionista*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Nombre de Plan:** | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Nombre del titular de la póliza:** | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | **Género :** 🞎 Masculino 🞎 Femenino | | | | | | | | | **SS # del titular de la póliza** | | | | | | |  | | | | | | | | | | | **Fecha de nacimiento del titular de la póliza:** | | | | | | | |  | | | | | | | **Información Secundaria del Seguro: -*Por favor dé la tarjeta a la recepcionista*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Nombre de Plan:** | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Nombre del titular de la póliza::** | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | **Género :** 🞎 Masculino 🞎 Femenino | | | | | | | | | **SS # del titular de la póliza** | | | | | | |  | | | | | | | | | | | **Fecha de nacimiento del titular de la póliza:** | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |

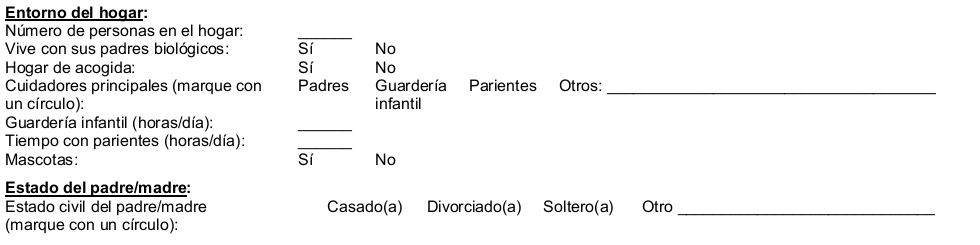
|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Delegación de Consentimiento*–***  Enumere las personas que no son los padres / tutores del niño a las que da permiso a su proveedor para hablar sobre los registros médicos y / o el plan de atención | | | | | | |
| **1** | **Nombre:** |  | | **Relación con la paciente:** |  | |
|  | **Número de Teléfono:** | |  | **Licencia de Conducir:** | |  |
| 2 | **Nombre:** |  | | **Relación con la paciente:** |  | |
|  | **Número de Teléfono:** | |  | **Licencia de Conducir:** | |  |
| 3 | **Nombre:** |  | | **Relación con la paciente:** |  | |
|  | **Número de Teléfono:** | |  | **Licencia de Conducir:** | |  |
|  |  | |  |  | |  |

**Farmacia que le gustaría que le enviemos su medicamento a:**

**Nombre Número de Teléfono**

**Dirección Postal**





|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre Impreso:** |  |
| **Firma:** |  |
| **Fecha:** |  |