

|  |
| --- |
| **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:** |  |