

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

¿CÓMO SE ENTERÓ DE NUESTROS SERVICIOS? por Internet Evento escolar o de la salud Recomendación de otra persona Otro medio
 NO deseo recibir comunicados por correo electrónico: Sí

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente (Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre) _____

Fecha de nacimiento (mes/día/año) ____/____/____ Masculino () Femenino () NSS # ____ - ____ - ____

Dirección _____ #Apt. _____

Ciudad _____ Estado _____ CP _____ Número de teléfono del paciente _____

El paciente vive con MADRE PADRE TUTOR LEGAL OTRO _____

Farmacia Preferida: _____ Lugar: _____

Raza (por favor escoja el grupo apropiado): Grupo Étnico (por favor escoja el grupo étnico apropiado): latino/hispano
 indioamericana/nativa de Alaska asiática otro
 nativa de las islas del Pacífico blanca negra otra

INFORMACIÓN DEL PADRE/ TUTOR LEGAL

Nombre de la Madre/Tutor legal: _____ Nombre del Padre/Tutor: _____

Número principal de teléfono: _____ Número principal de teléfono: _____

Celular: _____ Teléfono del trabajo: _____ Celular: _____ Teléfono del trabajo: _____

Lugar de empleo: _____ Lugar de empleo: _____

Fecha de nacimiento del Madre/Padre/Tutor legal (mes/día/año) ____/____/____

CONTACTO DE EMERGENCIA ¿A quién deberíamos llamar en caso de emergencia?

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Autorizo a MyChildren's a que divulgue información de la salud y de facturación a este contacto Sí NO

INFORMACIÓN DE SEGURO MEDICO

¿Tiene cobertura de seguro médico el paciente? Sí NO Otra _____

Nombre de la persona responsable de pagar los gastos médicos _____ Relación al paciente Madre Padre

Dirección: Mismo como niño Otra _____

Número principal de teléfono (si es diferente al anterior) _____ Número de celular) _____

SEGURO PRINCIPAL

Titular de la póliza Niño Madre Padre Otro _____ Nombre del seguro _____

Número de seguro social del titular de la póliza ____ - ____ - ____ Fecha de nacimiento del titular de la póliza ____/____/____

SEGURO SECUNDARIO

Titular de la póliza Niño Madre Padre Otro _____ Nombre del seguro _____

Certifico que la información contenida en esta forma es cierta y correcto. Además comprendo que soy mi responsabilidad y obligación informar a MyChildren's sobre cualquier cambio que suceda en el futuro.

Nombre y apellido en letra de molde del padre o tutor legal

Firma

Fecha