



Registracion del Paciente

Page 1 of 2

1re Nino(a): Apellido _____ Primer Nombre _____ MI: _____

FechaNac ___/___/___ Sexo: F/M Idioma en casa _____ Nombre Escuela _____

a) Ethnicidad: Hispano / No-Hispano

b) Raza: Asiatico/Negro/Hawaino/Blanco

2do Nino(a): Apellido _____ Primer Nombre _____ MI: _____

FechaNac ___/___/___ Sexo: F/M Idioma en casa _____ Nombre Escuela _____

a) Ethnicidad: Hispano / No-Hispano

b) Raza Asiatico/Negro/Hawaino/Blanco

3er Nino(a): Apellido _____ Primer Nombre _____ MI: _____

FechaNac ___/___/___ Sexo: F/M Idioma en casa _____ Nombre Escuela _____

a) Ethnicidad: Hispano / No-Hispano

b) Raza: Asiatico/Negro/Hawaino/Blanco

4to Nino(a): Apellido _____ Primer Nombre _____ MI: _____

FechaNac ___/___/___ Sexo: F/M Idioma en casa _____ Nombre Escuela _____

a) Ethnicidad: Hispano / No-Hispano

b) Raza: Asiatico/Negro/Hawaino/Blanco

Direccion Fisica:

Numero y Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ ZIP _____

Numero Tel. _____ (Cell) _____ Emer. Contact # _____

Quienes viven en su hogar??? _____

Informacion Sobre Su Seguro:

Nombre del Asegurado _____ Fecha Nac. Asegurado ___/___/___

Sexo (Asegurado) M / F Nombre del Seguro _____

Poliza (ID) _____ #Grupo _____ Seguro Social _____ - _____ - _____

Envio de Estados de Cuenta por servicios Recibidos? _____

Son todos los Contactos autorizados a obtener acceso Electronico a records medicos? SI / NO

Contacto 1 (Principal) : Nombre _____ Relacion con Paciente _____

Vive con el Paciente? SI/NO. Trabajo (____) _____. Cellular (____) _____

Nombre de Empleador _____ Ocupacion: _____

Como preferiria que idealmente se le contactara (favor seleccionar uno(1) en cada pregunta)

- Problemas relacionados con Salud del paciente: Casa /Trabajo / Cellular/ Correo Electronico
- Recordar Sus Citas Medicas: Casa/Mensaje Voz CELL / Mensaje Texto Cell/ Correo electronico
- Recordatorios cuando citas sean necesarias: Casa / Mensaje Voz CELL / Texto CELL/ Correo Electronico
- Llamadas generals de la Oficina : Casa/ Trabajo/ Cellular/ Correo Electronico

(En el Futuro APC Pediatrics tendra una Pagina "PORTAL" para dar acceso Electronico a Pacientes)

- Notificacion del Portal de Pacientes: Casa/Trabajo/Cellular/ Correo Electronico

Contacto 2: Nombre _____ Relacion con Paciente _____

Vive con el Paciente? SI/NO. Trabajo (____) _____. Cellular (____) _____

Nombre del Empleador _____ Ocupacion: _____

Preguntas Adicionales:

Si los Padres son Divorciados o Estan Separados, Favor Completar esta Seccion. Si no es aplicable a usted, Favor circular **(N/A)** y proceda a completar la **Seccion de Contactos de Emergencia**

Quien tiene la custodia del Paciente ? _____

Existe alguna restriccion que restringe el padre/madre SIN CUSTODIA para dar consentimiento para que el nino(a) sea medicamento tratado **O** restriccion para que el Padre/Madre SIN Custodia obtenga informacion sobre tratamientos anteriores y salud de su nino(a): **SI / NO.** (Respondio "SI", favor explicar y proveer una copia legal de los papeles donde esta documentado la restriccion.(ANEXE lo Necesario)

Contactos de Emergencia: (Excepto los padres). Favor indicar nombre y relacion con paciente

1 : _____ Relacion _____ Telefono (____) _____ - _____

2 : _____ Relacion _____ Telefono (____) _____ - _____