

## Registro Para Pacientes de Pediatría

Instrucciones: Por favor complete toda la información que **es aplicable**.

| Información del Paciente                              |       |                          |
|-------------------------------------------------------|-------|--------------------------|
| <b>Nombre del Paciente (Apellido, Primer Nombre):</b> |       |                          |
| Fecha de Nacimiento:                                  | Sexo: | Número de Seguro Social: |
| <b>Nombre de su hijo/a (Apellido, Primer Nombre):</b> |       |                          |
| Fecha de Nacimiento:                                  | Sexo: | Número de Seguro Social: |
| <b>Nombre de su hijo/a (Apellido, Primer Nombre):</b> |       |                          |
| Fecha de Nacimiento:                                  | Sexo: | Número de Seguro Social: |

|                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Domicilio:</b>                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                   |
| <b>Número de Teléfono de Casa:</b>                                                                                                                                                               | <b>Correo Electrónico:</b>                                                                                                        |
| <b>¿Idioma Preferido?</b>                                                                                                                                                                        | <b>¿Necesita un Intérprete?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                           |
| <b>¿Como le gustaria recibir sus recordatorios?</b><br><input type="checkbox"/> Mensaje de Texto <input type="checkbox"/> Llamada telefónica<br><input type="checkbox"/> No quiero recordatorios | <b>¿Está empleado el paciente?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br>Si sí, <b>Nombre del empleador:</b> |
| <b>Nombre de su Pediatra:</b>                                                                                                                                                                    | <b>Estatus de Empleo:</b> <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo                          |

| Contactos del Paciente                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>En caso de una emergencia, por favor escriba los nombres de las personas (madre/padre, abuelos, etc) a la cual debemos de contactar:</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>(1) Nombre y Apellido del Contacto:</b>                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>¿Es igual</b> el domicilio de este contacto como el domicilio del paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Si es que no, por favor <b>escriba el domicilio</b> aquí:                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>¿Es esta persona padre/madre/tutor legal</b> del paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Número de Teléfono de Casa y/o Celular:</b>                                                                                              | <b>Parentesco al Paciente:</b><br><input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Foster Parent <input type="checkbox"/> Tío/a<br><input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Pariente <input type="checkbox"/> Vecino/a <input type="checkbox"/> Niñera |
| <b>(2) Nombre y Apellido del Contacto:</b>                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>¿Es igual</b> el domicilio de este contacto como el domicilio del paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Si es que no, por favor <b>escriba el domicilio</b> aquí:                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>¿Es esta persona padre/madre/tutor legal</b> del paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Número de Teléfono de Casa y/o Celular:</b>                                                                                              | <b>Parentesco al Paciente:</b><br><input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Foster Parent <input type="checkbox"/> Tío/a<br><input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Pariente <input type="checkbox"/> Vecino/a <input type="checkbox"/> Niñera |

### Información del Garante

¿Quién es **económicamente responsable** de la cuenta de su hijo/a por si es que hay un cargo que su seguro médico **no cubra**?

☐ Contacto Número Uno (1) ☐ Contacto Número Dos (2) ☐ Alguien Más

Si es "Alguien Más" por favor escriba el **nombre completo y el domicilio** del indicado:

|                          |                                 |                             |
|--------------------------|---------------------------------|-----------------------------|
| <b>Sexo del Garante:</b> | <b>Número de Seguro Social:</b> | <b>Fecha de Nacimiento:</b> |
|--------------------------|---------------------------------|-----------------------------|

**Parentesco al Paciente:** ☐ Padre/Madre/Tutor Legal ☐ Foster Parent ☐ Abuelo/a ☐ Pariente

**Correo Electrónico:**

¿Está **empleada** esta persona? ☐ Sí ☐ No

Si es que sí, complete la siguiente línea:

|                                        |                                                                                                                  |
|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre del Empleador/Lugar de Trabajo: | <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Retirado |
|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### Información del Seguro Médico Primario

**Nombre del Seguro Médico Primario:**

|                             |                          |
|-----------------------------|--------------------------|
| <b>Número de la Póliza:</b> | <b>Número del Grupo:</b> |
|-----------------------------|--------------------------|

¿Quien es el **Suscriptor de este plan**? ☐ Contacto Número Uno (1) ☐ Contacto Número Dos (2) ☐ Garante  
☐ Paciente *solo si el paciente tiene Medi-Cal o Medi-Cal HMO*

### Información del Seguro Médico Secundario

**Nombre del Seguro Médico Secundario:**

|                             |                          |
|-----------------------------|--------------------------|
| <b>Número de la Póliza:</b> | <b>Número del Grupo:</b> |
|-----------------------------|--------------------------|

¿Quien es el **Suscriptor de este plan**? ☐ Contacto Número Uno (1) ☐ Contacto Número Dos (2) ☐ Garante  
☐ Paciente *(solo si el paciente tiene Medi-Cal o Medi-Cal HMO)*

### ¿Cómo Se Enteró De Nosotros?

☐ Pariente/Familia/Amistad ☐ Doctor ☐ Internet/Televisión/Radio ☐ Seguro Médico ☐ No Se

**Nombre del doctor quien los refirió:**

### ¿Cual es el Nombre y Domicilio de Su Farmacia?

|                                           |                      |
|-------------------------------------------|----------------------|
| <b>Firma del Padre/Madre/Tutor Legal:</b> | <b>Fecha de Hoy:</b> |
|-------------------------------------------|----------------------|

**¡Muchas Gracias! Por favor entregue las formas a las recepcionistas.**