



Formulario de registro de niño/dependiente

Paciente nuevo Editar Información
Fecha de hoy: _____

Información del paciente

Apellido del paciente: _____

Número de Seguro Social: _____

Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre _____

Fecha de nacimiento: _____

Sexo: M F No binario Otro Desconocido X

Identidad de género: M F Otro

Sexo asignado al nacer: M F Incierto Desconocido
 Elijo no divulgar
 No se registra en el certificado de nacimiento

Mujer transgénero/Hombre a mujer
 Hombre transgénero/mujer a hombre
 Elijo no divulgar

Idioma preferido: Inglés Español Otro: _____

Orientación sexual: Bisexual Prefiero no divulgar No sé
 Lesbiana o gay Otra
 Heterosexual (No lesbiana o gay)

¿Deficiencia de la audición? Sí NO Comentarios: _____

¿Deficiencia de la visión? Sí NO Comentarios: _____

Etnia: (Esta información se usa para fines estadísticos).

América central/del sur Cubano Hispano o latino No hispano ni latino
 Mexicano Puertorriqueño Prefiero no decir Otro _____

Raza: (Esta información se usa para fines estadísticos).

Nativo americano Asiático Afroamericano Blanco
 Nativo hawaiano/isleño del Pacífico Desconocido Prefiero no decir

Religión: _____

Dirección principal del paciente:

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Condado: _____

País: _____

Forma de contacto preferida: Casa Celular Trabajo
 Teléfono alternativo Carta Correo electrónico
Llamadas de recordatorio automáticas/mensaje de texto sobre la cita Sí NO

Teléfono residencial: (_____) _____
Teléfono celular: (_____) _____
Teléfono laboral: (_____) _____
Teléfono alternativo (_____) _____
 No correo electrónico El paciente se negó

Correo electrónico: _____

Información parental del paciente

El paciente vive con Ambos padres Mamá Papá Tutor legal Otro (explique: _____)

Acuerdo de custodia Sí NO N/C (si la respuesta es Sí, proporcione una copia)

Nombre del padre o de la madre: _____

El padre o la madre tiene la misma dirección del paciente Sí NO

Si la respuesta es NO, complete

Dirección 1: _____

Dirección 2: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Teléfono residencial: _____

Teléfono celular: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Método de contacto preferido:

Número de teléfono alternativo Correo electrónico Carta
 Llamada telefónica (celular) Llamada telefónica (casa)

Estado laboral:

Empleado tiempo completo Empleado tiempo parcial Ama de casa
 Discapacitado Desempleado Militar en actividad Jubilado Otro

Empleador: _____

Nombre del padre o de la madre: _____

El padre o la madre tiene la misma dirección del paciente Sí NO

Si la respuesta es NO, complete

Dirección 1: _____

Dirección 2: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Teléfono residencial: _____

Teléfono celular: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Método de contacto preferido:

Número de teléfono alternativo Correo electrónico Carta
 Llamada telefónica (celular) Llamada telefónica (casa)

Estado laboral:

Empleado tiempo completo Empleado tiempo parcial Ama de casa
 Discapacitado Desempleado Militar en actividad Jubilado Otro

Empleador: _____

Nombre de la farmacia, dirección y número de teléfono: _____

Información del seguro | Proporcione copias de todas las tarjetas

COMPañÍA DE SEGURO PRINCIPAL: _____ Número de teléfono: (_____) _____

Dirección: _____ Identificación del niño: _____

Nombre del afiliado: _____ Número de grupo/plan: _____ Fecha de entrada en vigencia: _____

DOB del afiliado: _____ Sexo: M F Otro

Número de seguro social del afiliado: _____

Relación del paciente con el asegurado _____ Médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) indicado en la tarjeta: _____

Información del garante (El garante es la persona que responde financieramente por las facturas del paciente).

Garante: _____ Relación del paciente con el garante: _____

Dirección 1: _____ Número de Seguro Social: _____

Dirección 2: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M F Otro

Ciudad, estado, código postal: _____ Teléfono residencial: (_____) _____

Empleador: _____ Teléfono laboral: (_____) _____

Dirección: _____ Teléfono celular: (_____) _____

Ciudad, estado, código postal: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Información de contacto de emergencia (Una persona que no pertenece al grupo familiar primario)

Apellido, primer nombre: _____ Relación del paciente con el contacto: _____

Dirección 1: _____ Teléfono residencial: (_____) _____

Dirección 2: _____ Teléfono laboral: (_____) _____

Ciudad, estado, código postal: _____ Teléfono celular: (_____) _____

Asignación de beneficios/autorización/aviso de acción de cobranzas

Comprendo que soy responsable de conocer los beneficios que proporciona mi plan de seguro. Al hacerlo, también es mi responsabilidad verificar la prueba del seguro al garantizar que el personal del consultorio tiene registrada la tarjeta más actual o válida. Comprendo además que todos los copagos se deben abonar en el momento del servicio y que también soy responsable de otras cantidades que se deban pagar, dichas cantidades pueden incluir deducibles anuales, cargos denegados por mi compañía de seguros por no estar cubiertos o no ser necesarios por razones médicas y/o tasas incurridas en caso de que se requiera para mi cuenta una acción de cobranza. (por ejemplo, tasa por demoras, agencia de cobranzas, costos judiciales o de abogados). También se le informa que pueden comunicarse con usted desde nuestra oficina por un sistema automático por cuestiones relacionadas con citas y/o estado de su cuenta. Convengo que esta autorización será válida a menos o hasta que se rescinda por escrito. (Para obtener más información, consulte la política de pagos y el aviso de prácticas de privacidad de Primary Care Partners)

Firma _____ Nombre en letras de imprenta _____ Fecha _____

(Firma del garante/tutor legal)

(Nombre en letras de imprenta del garante/tutor legal)