

### Formulario de registro de pacientes menores

Menor de edad de nombre: \_\_\_\_\_ Prefieren ser llamados: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Sexo: Hombre  Mujer

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa (Día) \_\_\_\_\_ Teléfono de la casa (Noche) \_\_\_\_\_

Tutor Legal o Padre \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa (Día) \_\_\_\_\_ Teléfono de la casa (Noche) \_\_\_\_\_

#### Política de pago:

El adulto/tutor que trae el niño será responsable de todos los co-pagos y deducibles. Nos no reenviar facturas a otros partidos independientemente de sentencias o divorcio.

#### Información del seguro:

Aseguradora principal: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado (garante): \_\_\_\_\_ DOB Garante \_\_\_\_\_

Aseguradora secundaria: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado (garante): \_\_\_\_\_ DOB Garante \_\_\_\_\_

¿Podemos dejar información médica al menor en su máquina contestadora o teléfono celular? (Sí) \_\_\_ (No) \_\_\_

¿Le da el permiso de oficina para discutir información médica sobre su menor con miembros de la familia? (Sí) \_\_\_ (No) \_\_\_ Si proporcionas por favor su nombre y número de teléfono abajo:

Nombre: \_\_\_\_\_ relación: \_\_\_\_\_ Teléfono de la noche \_\_\_\_\_

#### Información de contacto de emergencia:

¿En caso de emergencia, quienes deberíamos notificamos \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ teléfono \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Por favor presentar sus tarjetas de seguros y su identificación con foto a la recepcionista. La recepcionista se haga una copia y devolverá sin demora.