

Nadal Pediatrics

Registración

Paciente 1: Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Inicial: _____
Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sexo: _____ Lenguaje Primario: _____
Etnicidad: hispano/no-hispano/desconocido Raza: asiático/negro/hawaiano/blanco/desconocido
Seguro Primario: Nombre del Asegurador: _____
Fecha de Nacimiento del Asegurador: ____/____/____ Sexo del Asegurador: F/M
Nombre del Seguro: _____ Numero de Identificación: _____

Paciente 2: Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Inicial: _____
Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sexo: _____ Lenguaje Primario: _____
Etnicidad: hispano/no-hispano/desconocido Raza: asiático/negro/hawaiano/blanco/desconocido
Seguro Primario: Nombre del Asegurador: _____
Fecha de Nacimiento del Asegurador: ____/____/____ Sexo del Asegurador: F/M
Nombre del Seguro: _____ Numero de Identificación: _____

Paciente 3: Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Inicial: _____
Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sexo: _____ Lenguaje Primario: _____
Etnicidad: hispano/no-hispano/desconocido Raza: asiático/negro/hawaiano/blanco/desconocido
Seguro Primario: Nombre del Asegurador: _____
Fecha de Nacimiento del Asegurador: ____/____/____ Sexo del Asegurador: F/M
Nombre del Seguro: _____ Numero de Identificación: _____
Dirección:

(Calle o P.O box)

(Ciudad)

(Estado & Código Postal)

Número De Teléfono: (_____) _____ - _____

Quienes viven en este Hogar?: _____
(Esta información es necesaria para mejorar la entrada de historial social de paciente)

Cuidador 1: Nombre: _____

Relación al Paciente: _____ Relación Biológica del Paciente: _____

(Esta información es necesaria para mejorar la entrada del historial familiar del niño)

Vive con el Niño? Si / No Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Seguro Social: ____/____/____ Numero de Teléfono del Trabajo:(_____) _____ - _____

Numero del Celular (_____) _____ - _____

Correo Electrónico Del Trabajo: _____

Correo Electrónico Del Hogar: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

Preferencia de Contacto (circule Uno por Pregunta)

Problemas Médicos: Numero del Hogar / Numero de Trabajo / Celular / Correo Electrónico
Recordatorio de Cita: Numero del Hogar / Mensaje de Texto / Correo Electrónico del Hogar o Trabajo
Aviso de Cancelación: Correo General / Numero del hogar / Numero de Trabajo / Mensaje de Texto
Estados de Cuenta: Correo General / Correo Electrónico de Trabajo / Correo Electrónico de Hogar
Aviso General De La Practica: Correo General / Numero del hogar / Mensaje de Texto / Correo Electrónico
Portal del Paciente: Mensaje de Texto / Correo Electrónico / Correo Electrónico de Trabajo

Cuidador 2: Nombre: _____
Relación al Paciente: _____ Relación Biológica del Paciente: _____
(Esta información es necesaria para mejorar la entrada del historial familiar del niño)
Vive con el Niño? Si / No Fecha de Nacimiento: ____/____/_____
Seguro Social: ____/____/____ Numero de Teléfono del Trabajo:(____)____-_____
Numero del Celular (____) ____-_____
Correo Electrónico Del Trabajo: _____
Correo Electrónico Del Hogar: _____
Empleador: _____ Ocupación: _____

Preferencia de Contacto (circule Uno por Pregunta)

Problemas Médicos: Numero del Hogar / Numero de Trabajo / Celular / Correo Electrónico
Recordatorio de Cita: Numero del Hogar / Celular / Correo Electrónico del Hogar o Trabajo
Aviso de Cancelación: Correo General / Numero del hogar / Numero de Trabajo / Celular
Estados de Cuenta: Correo General / Correo Electrónico de Trabajo / Correo Electrónico de Hogar
Aviso General De La Practica: Correo General / Numero del hogar / Celular / Correo Electrónico
Portal del Paciente: Celular / Correo Electrónico / Correo Electrónico de Trabajo

Preguntas adicionales

Quien debería Recibir Los Estados de Cuenta? _____

Pueden todos los contactos recibir acceso al expediente electrónico del paciente? Si /No

Si los padres están divorciados favor de llenar esta sección:

Quien tiene la Custodia General: _____

Hay alguna restricción legal que impida que el padre no-custodial pueda dar consentimiento para tratamiento médico del Paciente o que pueda obtener información del tratamiento médico del paciente?
Si / No

En el caso de indicar que Si favor de proveer la copia legal de dicha restricción.

Contactos de emergencia Excepto padres:

1. _____ Relacion al Paciente: _____ Tel:(____) ____ - ____
2. _____ Relacion al Paciente: _____ Tel:(____) ____ - ____
3. _____ Relacion al Paciente: _____ Tel:(____) ____ - ____