



Registro de pacientes

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Nombre preferido: _____ (Si se le llama algo que no sea el nombre)
#SS _____ sexo: Masculino Femenino
Dirección Postal _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Tel. Residencial () _____ Tel. celular () _____
Raza: Blanco Asiático Negro/Africano americano Indio americano Nativo de Alaska Hawaiian
Islas del Pacífico No reportar
Etnicidad: Hispano/Latino no Hispano/Latino No reportar
Idioma preferido: Inglés Español Otro _____

Persona responsable

Nombre de la madre o tutor: _____ Fecha de nacimiento _____
Dirección Postal: _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Correo electrónico: _____
Tel. Residencial () _____ Tel. celular () _____ #SS _____
Lugar de trabajo _____ Tel. del trabajo () _____
Estado laboral: Tiempo completo Tiempo parcial Trabajador independiente
Desempleado Militar Retirado

Nombre del padre o tutor : _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección Postal: _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Correo electrónico: _____
Tel. Residencial () _____ Tel. celular () _____ #SS _____
Lugar de trabajo _____ Tel del trabajo () _____
Estado de empleo: Tiempo completo Tiempo parcial Trabajador independiente
Desempleado Militar Retirado

Otros niños Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____
Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____
Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

****** Por favor, proporcione la tarjeta de seguro a la recepcionista a su llegada ******

Por la presente autorizo a la (s) compañía (s) de seguros listada (s) a pagar directamente a los beneficios de The Pediatric Center of Southwest Louisiana debidos a mí, si corresponde, según lo dispuesto en la póliza vigente. Pagaré todos los cargos que excedan la suma que se pague. Autorizo a The Pediatric Center of Southwest Louisiana a divulgar información a la compañía de seguros para que se paguen mis reclamos.

Signature _____ Today's Date _____

(Para uso de oficina solamente)

Guarantor Name _____ Account # _____
Chart Entered by _____