



## Forma de Registro

**\*\*Su cita puede ser cancelada si no tiene su copago y tarjeta de aseguransa\*\***

### INFORMACION DEL PACIENTE:

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_  
**FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_ **EDAD:** \_\_\_\_\_ **SEXO:** \_\_\_\_\_  
**DIRECCION:** \_\_\_\_\_ **APT#:** \_\_\_\_\_  
**CIUDAD:** \_\_\_\_\_ **ESTADO:** \_\_\_\_\_ **CODIGO POSTAL:** \_\_\_\_\_  
**NUMERO DE CASA:** \_\_\_\_\_ **NUMERO DE TRABAJO:** \_\_\_\_\_  
**NUMERO DE CELLULAR:** \_\_\_\_\_ **SEGURO SOCIAL:** \_\_\_\_\_  
**EL PACIENTE VIVE CON LOS PADRES:** \_\_\_\_\_ **SI NO, CON QUIEN VIVE:** \_\_\_\_\_  
**EL PACIENTE TIENE ASEGURANS DEPARTE DE LOS DOS PADRES:** \_\_\_\_\_  
**SI ES ASI, POR FAVOR INDIQUE TODAS LAS ASEGURANSAS QUE TIENE EL PACIENTE:** \_\_\_\_\_

### RESPONSABLE DEL PACIENTE (PADRE/TUTOR):

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_  
**DIRECCION:** \_\_\_\_\_ **APT#:** \_\_\_\_\_  
**CIUDAD:** \_\_\_\_\_ **ESTADO:** \_\_\_\_\_ **CODIGO POSTAL:** \_\_\_\_\_  
**NUMERO DE CASA:** \_\_\_\_\_ **NUMERO DE CELLULAR:** \_\_\_\_\_

### INFORMACION DE CONTACTO DE EMERGENCIA:

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **APELLIDO:** \_\_\_\_\_  
**NUMERO DE CASA:** \_\_\_\_\_ **NUMERO DE CELLULAR:** \_\_\_\_\_  
**RELACION AL PACIENTE:** \_\_\_\_\_

### INFORMACION DEL DOCTOR PRIMARIO:

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **APELLIDO:** \_\_\_\_\_  
**NOMBRE DE PRACTICA:** \_\_\_\_\_ **NUMERO DE TELEFONO:** \_\_\_\_\_  
**DIRECCION:** \_\_\_\_\_ **SUITE#:** \_\_\_\_\_  
**CIUDAD:** \_\_\_\_\_ **ESTADO:** \_\_\_\_\_ **CODIGO POSTAL:** \_\_\_\_\_

**\*\*Favor de proveer nuestra oficina con su tarjeta de aseguransa actual\*\***

### INFORMACION DE ASEGURANS PRIMARIA:

**NOMBRE DE ASEGURANS:** \_\_\_\_\_ **COPAGO:** \_\_\_\_\_  
**NUMERO DE ID:** \_\_\_\_\_ **PLAN/GROUP#:** \_\_\_\_\_  
**NOMBRE DEL ASEGURADO:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_ **SSN:** \_\_\_\_\_  
**DIRECCION:** \_\_\_\_\_  
**CIUDAD:** \_\_\_\_\_ **ESTADO:** \_\_\_\_\_ **CODIGO POSTAL:** \_\_\_\_\_  
**RELACION DEL PACIENTE AL ASEGURADO:** \_\_\_\_\_

### INFORMACION DE ASEGURANS SECUNDARIA: NO

**INSURANCE NAME:** \_\_\_\_\_ **COPAY AMOUNT:** \_\_\_\_\_  
**ID. NUMBER:** \_\_\_\_\_ **PLAN/GROUP#:** \_\_\_\_\_  
**POLICYHOLDER NAME:** \_\_\_\_\_ **DOB:** \_\_\_\_\_ **SSN:** \_\_\_\_\_  
**PATIENT RELATIONSHIP TO THE POLICYHOLDER:** \_\_\_\_\_

### INFORMACION DE ASEGURANS TERCARIA: NO

**FIRMA DE PADRE:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_  
**NOMBRE IMPRESO:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_