

Fecha completado:

Proveedor de asistencia primaria

Formulario para la inscripción del paciente (Llene todos los campos por completo)

Información sobre el paciente

Nombre legal completo del niño (apellido, nombre de pila, segundo nombre)	Fecha de nacimiento:	Sexo:	Nombre que prefiere
Otros niños de la familia:			
Dirección postal del niño (ciudad, estado, código postal)	Dirección del correo electrónico de uno de los padres: <input type="checkbox"/> Mamá <input type="checkbox"/> Papá		
Núm. de teléfono dónde vive el niño (línea de teléfono terrestre) <input type="checkbox"/> Mamá <input type="checkbox"/> Papá	Núm de teléfono celular donde vive el niño <input type="checkbox"/> Mamá <input type="checkbox"/> Papá	Núm. del trabajo de uno de los padres <input type="checkbox"/> Mamá <input type="checkbox"/> Papá	
Raza: <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de otras islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	
Grupo étnico: <input checked="" type="checkbox"/> Hispano	<input checked="" type="checkbox"/> No-hispano		
Idioma principal del paciente:	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro
Idioma principal de los padres o tutor legal:	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro
El padre/madre o tutor legal, ¿necesita intérprete?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	

Si el niño o niños tiene seguro, enséñele la tarjeta del seguro al personal que le inscribe.

Contactos de emergencia

Nombre de la madre (apellido, nombre de pila, segundo nombre)	Núm. de la casa	Núm. del trabajo	Celular
Dirección del hogar (ciudad, estado, código postal) (si es diferente al de más arriba)			
Nombre del padre (apellido, nombre de pila, segundo nombre)	Núm. de la casa	Núm. del trabajo	Celular
Dirección del hogar (ciudad, estado, código postal) (si es diferente al de más arriba)			
Contacto adicional (apellido, nombre de pila, segundo nombre)	Núm. de la casa	Núm. del trabajo	Celular: Parentesco con el paciente:
Dirección del hogar (ciudad, estado, código postal)			
¿A quién debemos agradecer por que le hayan referido a nuestro grupo?			Hospital del nacimiento (solo los recién nacidos)

Información del garante (la persona responsable económicamente)

Nombre	Parentesco con el paciente	¿Menor de edad emancipado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Dirección postal (si es diferente a la del paciente)	Ciudad	Estado	Código postal
Fecha de nacimiento:	Núm. de la casa	Núm. del trabajo	Celular
Nombre del empleador	Ciudad	Estado	Código postal

Información del seguro (si tiene seguro, complete la información de abajo)

Nombre del seguro	Dirección para reclamación de pago	Teléfono
Identificación del suscriptor	Núm. de grupo	Parentesco del paciente con el suscriptor
Nombre del suscriptor:	Fecha de nacimiento:	
Dirección del suscriptor (si es diferente a la del garante)	Empleador del suscriptor	