



### Formulario de registro de niño/dependiente

Paciente nuevo  Editar Información

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

#### Información del paciente

Apellido del paciente: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Primer nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo:  M  F  No binario  Otro  Desconocido  X

Identidad de género:  M  F  Otro

Sexo asignado al nacer:  M  F  Incierto  Desconocido  
 Elijo no divulgar  
 No se registra en el certificado de nacimiento

Mujer transgénero/Hombre a mujer  
 Hombre transgénero/mujer a hombre  
 Elijo no divulgar

Idioma preferido:  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_

Orientación sexual:  Bisexual  Prefiero no divulgar  No sé  
 Lesbiana o gay  Otra  
 Heterosexual (No lesbiana o gay)

¿Deficiencia de la audición?  Sí  NO Comentarios: \_\_\_\_\_

¿Deficiencia de la visión?  Sí  NO Comentarios: \_\_\_\_\_

Etnia: (Esta información se usa para fines estadísticos).

América central/del sur  Cubano  Hispano o latino  No hispano ni latino  
 Mexicano  Puertorriqueño  Prefiero no decir  Otro \_\_\_\_\_

Raza: (Esta información se usa para fines estadísticos).

Nativo americano  Asiático  Afroamericano  Blanco  
 Nativo hawaiano/isleño del Pacífico  Desconocido  Prefiero no decir

Religión: \_\_\_\_\_

#### Dirección principal del paciente:

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_

País: \_\_\_\_\_

Forma de contacto preferida:  Casa  Celular  Trabajo  
 Teléfono alternativo  Carta  Correo electrónico  
Llamadas de recordatorio automáticas/mensaje de texto sobre la cita  Sí  NO

Teléfono residencial: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Teléfono celular: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Teléfono laboral: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Teléfono alternativo (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 No correo electrónico  El paciente se negó

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

#### Información parental del paciente

El paciente vive con  Ambos padres  Mamá  Papá  Tutor legal  Otro (explique: \_\_\_\_\_)

Acuerdo de custodia  Sí  NO  N/C (si la respuesta es Sí, proporcione una copia)

Nombre del padre o de la madre: \_\_\_\_\_

El padre o la madre tiene la misma dirección del paciente  Sí  NO

Si la respuesta es NO, complete

Dirección 1: \_\_\_\_\_

Dirección 2: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono residencial: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Método de contacto preferido:

Número de teléfono alternativo  Correo electrónico  Carta  
 Llamada telefónica (celular)  Llamada telefónica (casa)

Estado laboral:

Empleado tiempo completo  Empleado tiempo parcial  Ama de casa  
 Discapacitado  Desempleado  Militar en actividad  Jubilado  Otro

Empleador: \_\_\_\_\_

Nombre del padre o de la madre: \_\_\_\_\_

El padre o la madre tiene la misma dirección del paciente  Sí  NO

Si la respuesta es NO, complete

Dirección 1: \_\_\_\_\_

Dirección 2: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono residencial: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Método de contacto preferido:

Número de teléfono alternativo  Correo electrónico  Carta  
 Llamada telefónica (celular)  Llamada telefónica (casa)

Estado laboral:

Empleado tiempo completo  Empleado tiempo parcial  Ama de casa  
 Discapacitado  Desempleado  Militar en actividad  Jubilado  Otro

Empleador: \_\_\_\_\_

Nombre de la farmacia, dirección y número de teléfono: \_\_\_\_\_

---

**Información del seguro | Proporcione copias de todas las tarjetas**

---

COMPañÍA DE SEGURO PRINCIPAL: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Identificación del niño: \_\_\_\_\_

Nombre del afiliado: \_\_\_\_\_ Número de grupo/plan: \_\_\_\_\_ Fecha de entrada en vigencia: \_\_\_\_\_

DOB del afiliado: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F  Otro

Número de seguro social del afiliado: \_\_\_\_\_

Relación del paciente con el asegurado \_\_\_\_\_ Médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) indicado en la tarjeta: \_\_\_\_\_

---

**Información del garante (El garante es la persona que responde financieramente por las facturas del paciente).**

---

Garante: \_\_\_\_\_ Relación del paciente con el garante: \_\_\_\_\_

Dirección 1: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección 2: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F  Otro

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono residencial: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono laboral: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

---

**Información de contacto de emergencia (Una persona que no pertenece al grupo familiar primario)**

---

Apellido, primer nombre: \_\_\_\_\_ Relación del paciente con el contacto: \_\_\_\_\_

Dirección 1: \_\_\_\_\_ Teléfono residencial: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Dirección 2: \_\_\_\_\_ Teléfono laboral: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

**Asignación de beneficios/autorización/aviso de acción de cobranzas**

Comprendo que soy responsable de conocer los beneficios que proporciona mi plan de seguro. Al hacerlo, también es mi responsabilidad verificar la prueba del seguro al garantizar que el personal del consultorio tiene registrada la tarjeta más actual o válida. Comprendo además que todos los copagos se deben abonar en el momento del servicio y que también soy responsable de otras cantidades que se deban pagar, dichas cantidades pueden incluir deducibles anuales, cargos denegados por mi compañía de seguros por no estar cubiertos o no ser necesarios por razones médicas y/o tasas incurridas en caso de que se requiera para mi cuenta una acción de cobranza. (por ejemplo, tasa por demoras, agencia de cobranzas, costos judiciales o de abogados). También se le informa que pueden comunicarse con usted desde nuestra oficina por un sistema automático por cuestiones relacionadas con citas y/o estado de su cuenta. Convengo que esta autorización será válida a menos o hasta que se rescinda por escrito. (Para obtener más información, consulte la política de pagos y el aviso de prácticas de privacidad de Primary Care Partners)

Firma \_\_\_\_\_ Nombre en letras de imprenta \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma del garante/tutor legal)

\_\_\_\_\_  
(Nombre en letras de imprenta del garante/tutor legal)