

Divino Niño Pediatrics, PLLC

FORMULARIO DE REGISTRACION

Fecha de hoy:		PCP: Denise Nuñez, MD			
INFORMACION DEL PACIENTE					
Apellido del paciente:		Primer:	M	Social Security no.:	
Telefono de la casa:	Numero de celular:		Fecha de nacimiento	Edad:	Sexo:
				/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dirección:			Numero de apartamento		
Ciudad:	Estado:	ZIP Code:	Farmacia:		
INFORMACION DE LA MADRE O GUARDIAN LEGAL					
Apellido:	Nombre:	SS#	Correo de electrónico:		
Dirección:	Teléfono de la casa:	Fecha de nacimiento	Ocupación		
		/ /			
INFORMACION DEL PADRE O GUARDIAN LEGAL					
Apellido:	Nombre:	SS#	Correo de electrónico:		
Dirección:	Teléfono de la casa:	Fecha de nacimiento	Ocupación		
		/ /			

INFORMACION DEL SEGURO					
(Por favor dar su tarjeta de seguro de salud a la recepcionista.)					
Persona responsable del cargo:	Fecha de nacimiento:	Dirección (si es diferente):		Teléfono Celular.:	
		/ /			()
Ocupación:	Empleador:	Dirección del Empleador :		Teléfono del trabajo:	
				()	
Nombre de la compañía de seguro de salud:			Grupo No:	Póliza No:	Co-pago:
					\$
Relación del paciente con el suscriptor	<input type="checkbox"/> Self	<input type="checkbox"/> Spouse	<input type="checkbox"/> Child	<input type="checkbox"/> Other	
Nombre de seguro secundario:	Nombre del suscriptor:		Grupo no.:	Póliza no.:	
Relacion del paciente con el suscriptor	<input type="checkbox"/> Mismo	<input type="checkbox"/> Esposo	<input type="checkbox"/> Nino/a	<input type="checkbox"/> Otro	

EN CASO DE EMERGENCIA			
Nombre de amigo o familiar (No viviendo en la misma dirección)	Relación con el paciente:	Teléfono de la casa:	Teléfono celular:
		()	()
<p>La información arriba es lo más certera posible. Yo autorizo a mi seguro de salud pagar directamente al Divino Nino Pediatrics. Yo entiendo que soy responsable por el balance que pueda tener. También autorizo al Divino Nino Pediatrics o compañía de seguro entregar cualquier información necesaria para procesar mi pago.</p>			
<p>_____</p> <p><i>Firma del guardián Legal</i></p>		<p>_____</p> <p><i>Fecha</i></p>	