

REGISTRO DE PACIENTES

NOMBRE DEL PACIENTE	(Nombre y apellido)	Fecha de nacimiento:	Edad:	Número de seguro social
DIRECCIÓN DEL PACIENTE	Dirección:	Ciudad/estado:		Código postal:
	Número de teléfono	Paciente celular (si corresponde)	¿Es esta dirección para un establecimiento de cuidado? ☐ Sí ☐ No	
INFORMACION DE TRANSPORTE	¿ Quien es el conductor del auto ?		¿Relación al paciente? (por favor, marque)	
	Teléfono celular:		Padres /Tutor Legal	Cuidador Otro
¿QUIÉN ES EL TUTOR LEGAL DEL PACIENTE? (POR FAVOR, MARQUE)	Padres u Otros	¿Si otros, por favor marque uno Padre Adoptivo Centro Regional (IRC) Foster Parent (temporalmente) Tutela Otro		
NOMBRE DEL TUTOR LEGAL	(Nombre y apellido)	Tutor Número de seguro social	Tutor Fecha de nacimiento:	
INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA	Nombre de contacto de emergencia:		Relación al paciente:	
	Dirección:		Ciudad/estado:	Código postal:
	Número de teléfono:		Email:	

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO

SEGURO DEL PACIENTE (MARQUE LAS QUE APLIQUEN)	Medi-Cal (Llene la sección 1)	Seguro privado Dental (Llene la sección 2)	Seguro privado Médicos (Llene la sección 2)	Efectivo (Llene la sección 3)	Otros (Llene la sección 4)
--	----------------------------------	---	--	----------------------------------	-------------------------------

SECCIÓN 1	Número de Medi-Cal:	TENGA EN CUENTA: <i>Si no tiene tarjeta de Medi-Cal del paciente, tarjeta de Seguro Social, así como su identificación, por favor notifique inmediatamente a la recepción.</i>			
	Fecha de emisión de tarjeta:				
SECCIÓN 2	Dental	Asegurador dental	Fecha de nacimiento	Estado civil	Número de seguro social
		Dirección del tomador del seguro	Ciudad/estado	Zip	Número de teléfono
		Nombre de la compañía de seguros	Nombre del empleador		Número de póliza
		Dirección de la compañía de seguros	Ciudad, estado		Código postal
		Teléfono de la compañía de seguros	Otro teléfono		Relación al paciente
	Médicos	Asegurador médico	Fecha de nacimiento	Estado civil	Número de seguro social
		Dirección del tomador del seguro	Ciudad/estado	Zip	Número de teléfono
		Nombre de la compañía de seguros	Nombre del empleador		Número de póliza
		Dirección de la compañía de seguros	Ciudad, estado		Código postal
		Teléfono de la compañía de seguros	Otro teléfono		Relación al paciente
SECCIÓN 3	Forma de pago: (favor de marcar) Efectivo Tarjeta de Crédito (no se aceptan cheques)				
	"Otro" información sobre el seguro:				
SECCIÓN 4	"Otro" información sobre el seguro:				