

## Registracion de Paciente

### Informacion del Paciente

Nombre Completo (legal): Primer Nombre – M.I. – Apellido	Raza	Origen Étnico	Fecha de Nacimiento	Sex	Seguro Social
	Blanco Hispano Asiático Negro Nativos Americanos	Non Hispano/Latino Hispano/Latino		M F	
	Blanco Hispano Asiático Negro Nativos Americanos	Non Hispano/Latino Hispano/Latino		M F	
	Blanco Hispano Asiático Negro Nativos Americanos	Non Hispano/Latino Hispano/Latino		M F	
	Blanco Hispano Asiático Negro Nativos Americanos	Non Hispano/Latino Hispano/Latino		M F	
	Blanco Hispano Asiático Negro Nativos Americanos	Non Hispano/Latino Hispano/Latino		M F	

Direccion		Ciudad	Estado	Codigo Postal
Numero de Telefono de la Casa	Numero de Celular	<b>El idioma preferido:</b> Inglés Español Otro:		

### Madre (Marque Uno) Madre Biologica / Madrastra / Madre Adoptiva / Madre Adoptiva Temporal

Nombre Completo (Primer Nombre-MI-Apellido)	Seguro Social	Fecha de Nacimiento
Direccion si es Diferente al del Paciente	Ciudad	Estado Codigo Postal
Numero de Casa / Numero de Celular	Correo Electronico	
Ocupacion / Compania de Trabajo	Numero de telefono del Trabajo	
Numero de contacto de preferencia: (Marque Uno) Casa / Celular / Trabajo	Podemos dejar un mensaje confidencial en este numero? Si / No	

### Padre (Marque Uno) Padre Biologico / Padrastro / Padre Adoptivo / Padre Adoptivo Temporal

Nombre Completo (Primer Nombre-MI-Apellido)	Seguro Social	Fecha de Nacimiento
Direccion si es Diferente al del Paciente	Ciudad	Estado Codigo Postal
Numero de Casa / Numero de Celular	Correo Electronico	
Ocupacion / Compania de Trabajo	Numero de telefono del Trabajo	
Numero de contacto de preferencia: (Marque Uno) Casa / Celular / Trabajo	Podemos dejar un mensaje confidencial en este numero? Si / No	

### Contactos de Emergencia / Personas Autorizadas

Por favor escriba una lista de contactos de Emergencia/Personas autorizadas para traer al paciente a su cita y firmar dando el consentimiento para la aplicacion de vacunas.			
Nombre	Persona autorizada para traer al paciente a la oficina? Si No	Numero de Telefono	Relacion
	Si No		

### Informacion de Seguros

Nombre de Seguro Principal	Compania de Trabajo
Numero de Telefono	Co-pago
# de Poliza	# de Grupo
Nombre del Asegurado	Fecha de Nacimiento de Asegurado
Seguro Social del Asegurado	Relacion
Tienes seguro secundario? Si No	Si la respuesta es si, Nombre del Asegurado DOB
Nombre de Seguro	# de Poliza # de Grupo

Por la presente autorizo que se use la informacion medica necesaria para completar los formularios de seguro. Autorizo pago directamente a PediatricCare of Northern VA por todos los beneficios medicos o cirurgicos recibidos. En caso de que mi cuenta sea enviada a coleccion estoy de acuerdo en pagar todos los gastos, incluyendo la tarifa para los abogados. Entiendo que soy responsable por todos cargos cubiertos o no por mi seguro. He recibido de Pediatrica los Reglamentos Financieros. Una fotocopia de esta autorizacion se considera tan valida como la original.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_