

## Formulario de registro de paciente

¿El menor se encuentra en un hogar sustituto?  Sí  No También conocido bajo el nombre de \_\_\_\_\_

**Información demográfica del paciente**

Apellido \_\_\_\_\_ Primer nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_  
 N° de seguridad social \_\_\_\_\_ F. de nac. \_\_\_\_\_ Sexo  M  F  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 Teléfono particular \_\_\_\_\_ Proveedor de atención primaria (PCP) \_\_\_\_\_

**CONTACTO ADICIONAL (que no sea el padre/madre): Nombre:** \_\_\_\_\_

Teléfono particular \_\_\_\_\_ Teléfono laboral \_\_\_\_\_  
 Relación \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_

**MADRE/TUTOR**

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono particular \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono laboral \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 F. de nac. \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_  
 N° de seguridad social \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico \_\_\_\_\_  
 Nombre del empleador \_\_\_\_\_

**PADRE/TUTOR**

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono particular \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono laboral \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 F. de nac. \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_  
 N° de seguridad social \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico \_\_\_\_\_  
 Nombre del empleador \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE PERSONA RESPONSABLE (GARANTE)**

Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 N° de teléfono particular \_\_\_\_\_ Teléfono laboral \_\_\_\_\_  
 N° de seguridad social \_\_\_\_\_ F. de nac. \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_  
 Empleador del garante \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

**OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA:**

	<u>Fecha de nacimiento</u>	<u>Sexo</u>	<u>N° de seguridad social</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**SEGURO PRIMARIO**

(Por favor presentar la tarjeta para fotocopiar)

Nombre del seguro \_\_\_\_\_  
 Suscriptor \_\_\_\_\_  
 Relación \_\_\_\_\_  
 Identificación del suscriptor \_\_\_\_\_  
 Número de grupo \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 Ciudad/estado/código postal \_\_\_\_\_  
 N° de teléfono particular \_\_\_\_\_  
 Teléfono laboral \_\_\_\_\_  
 N° de Seguro social del suscriptor \_\_\_\_\_  
 F. de nac. \_\_\_\_\_  
 Identificación del paciente/miembro \_\_\_\_\_

Reconozco que la información anterior es correcta.

Firma \_\_\_\_\_

Relación con el paciente (por favor marcar una opción con un círculo) madre padre abuelo padrastro tutor legal Otra

**SEGURO SECUNDARIO**

Nombre del seguro \_\_\_\_\_  
 Suscriptor \_\_\_\_\_  
 Relación \_\_\_\_\_  
 Identificación del suscriptor \_\_\_\_\_  
 Número de grupo \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 Ciudad/estado/código postal \_\_\_\_\_  
 N° de teléfono particular \_\_\_\_\_  
 Teléfono laboral \_\_\_\_\_  
 N° de Seguro social del suscriptor \_\_\_\_\_  
 F. de nac. \_\_\_\_\_  
 Identificación del paciente/miembro \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_