

Paciente Nuevo

CHILDREN'S HEART INSTITUTE

Clinic:

 Existente/Actualizacion

Registro del Paciente

Bienvenido a nuestra Clínica. Por favor complete la Información de abajo.

Nombre del Paciente (Primer Nombre– Segundo – Apellido)		Sexo: M [] F []	Fecha de Nacimiento ____/____/____ Edad _____	Estado Civil: Soltero (a) [] Casado(a) [] Viudo(a) [] Divorciado(a) []	
Direccion de la casa	Ciudad	Estado	Codigo Postal	Telefono de casa:	Seguro Social del Paciente #
Nombre de la Madre		El mismo [] Conyugue [] Padres []	Fecha de Nacimiento ____/____/____	SSN de la Madre	
Direccion de la Madre [] <i>La misma de arriba</i>			Telefono del Empleador		
Nombre del Empleador (Madre) →			Telefono Celular	Correo Electronico	
Nombre del Padre (Primer Nombre, Apellido)			Telefono de la Casa	Occupación	
Nombre del Empleador (Padre)		Fecha de Nacimiento	Telefono del Empleador	SSN del Padre	
Motivo de la Visita		Nombre del Pediatra o Telefono:			
Persona de Contacto en caso de Emergencia		Relacion con el paciente	Telefono		
Medicare Si [] No []	Numero de Medicare	Medicaid Si [] No []	Numero de Medicaid	Fecha de Vigencia	
Compañía de Seguros		# de Poliza	Grupo / Plan #	Fecha(s) de Vigencia	
Es el Seguro a traves de su Empleador? [] Si [] No	Nombre del Empleador		Direccion del Empleador		
Nombre del Subscriptor – Titular de la Poliza		Fecha de Nacimiento del Titular	SSN del Titular	Relación con el Paciente	
Compañía de Seguros Secundaria		# de Poliza	Grupo / Plan #	Fecha(s) de Vigencia	
Es el Seguro a traves de su Empleador? [] Yes [] No	Nombre del Empleador		Direccion del Empleador		
Nombre del Subscriptor – Titular de la Poliza		Fecha de Nacimiento del Titular	SSN del Titular	Relacion con el Paciente	

Certifico que la información que he reportado anteriormente es correcta y que, como entiende un padre/tutor/Garante he leído, y acepto plenamente las condiciones y la Política Financiera de pago del Paciente y de inscripción.

Firma del Paciente/Padre o Guardian

Nombre del Padre/Guardian

Fecha

**Por favor, lea y firme la Política Financiera de pago así como el Acta de Privacidad adjuntos a este formulario.
Gracias**