



CHILDREN'S HEART INSTITUTE
REGISTRO DE PACIENTE NUEVO

Informacion de Paciente:

Nombre del Paciente (Primer Nombre- Segundo- Apellido)	Apodo	Fecha de Nacimiento	Sexo
		___/___/___	☐ M ☐ F

Madre:

Nombre Completo de Madre		Fecha de Nacimiento	
Direccion de la Madre	Cuidad	Estado	Codigo Postal
Nombre del Emplealo (Madre)		Telefono de Empleado ()	
Telefono de la Casa	Telefono celular	Correo Electronico de Casa	

Padre:

Nombre Completo de Padre		Fecha de Nacimiento	
Direccion de la Padre	Cuidad	Estado	Codigo Postal
Nombre del Emplealo (Padre)		Telefono de Empleado ()	
Telefono de la Casa	Telefono celular	Correo Electronico de Casa	

Medica Referente – (Medico General)

Farmacia

Nombre de Pediatra:	
Motivo de la Visita:	

Compania de Seguros

Nombre del Subscriptor (Titular) de la Poliza (Como aparece en la tarjeta)		SSN del Titular	
Compania de Seguro Primaria/Nombre del plan de Salud	Sexo del Titular de Poliza ☐ M ☐ F	Titular de Poliza Fecha de Nacimiento ___/___/___	Fecha de Vigencia
Titular de Poliza Empleado:	Tienes Seguro a Traves de su Empleado? ☐ Si ☐ No	Identificacion/Numero de Poliza	
Direccion de Seguro	Red de Seguros	Numero de Grupo	
Cuidad	Estado	Codigo Postal	Numero de Telefono de Seguro para Elegibilidad/Verificacion ()

Compania de Seguros Secundaria

Nombre del Subscriptor (Titular) de la Poliza (Como aparece en la tarjeta)		SSN del Titular	
Compania de Seguro Primaria/Nombre del plan de Salud	Sexo del Titular de Poliza ☐ M ☐ F	Titular de Poliza Fecha de Nacimiento ___/___/___	Fecha de Vigencia
Titular de Poliza Empleado:	Tienes Seguro a Traves de su Empleado? ☐ Si ☐ No	Identificacion/Numero de Poliza	
Direccion de Seguro	Red de Seguros	Numero de Grupo	
Cuidad	Estado	Codigo Postal	Numero de Telefono de Seguro para Elegibilidad/Verificacion ()

Certifico que la informacion 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 Inscripcion.

Firma de Padre/Tutor/Garante

Nombre

Fecha

Por favor, lea y firme la Política Financiera de Pago adjuntos a este formulario. **Gracias**