



Formulario de Registracion del Paciente

Fecha ____ / ____ / ____

Paciente

Nombre del Paciente _____ Sexo: H M
Domicilio: _____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____
Ciudad, Estado, Zip: _____ Numero de Telefono ____ -- ____ -- ____
Direccion de correo electronico: _____ Nombre del Dr. que lo recomendo: _____

Hermano (a) s

	Sexo	Fecha de Nacimiento
Nombre del hermano(a) _____	H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	____ / ____ / ____
Nombre del hermano(a) _____	H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	____ / ____ / ____
Nombre del hermano(a) _____	H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	____ / ____ / ____
Nombre del hermano(a) _____	H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	____ / ____ / ____

Madre

Nombre de la madre _____ Telefono del Trabajo ____ -- ____ -- ____
Domicilio de la madre _____ Telefono Celular ____ -- ____ -- ____
Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____
 Vive con la madre
Compania de Trabajo / Ocupacion _____

Padre

Nombre del padre _____ Telefono del Trabajo ____ -- ____ -- ____
Domicilio del padre _____ Telefono Celular ____ -- ____ -- ____
Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____
 Vive con el padre
Compania de Trabajo / Ocupacion _____

Contacto de Emergencias

Nombre Completo _____ Relacion al Paciente _____
Telefono ____ -- ____ -- ____ Telefono Celular ____ -- ____ -- ____

Autorizaciones y Consentimientos:

(Marque) Autorizo el tratamiento del paciente antes mencionado por VIPediatrics, PC. Autorizo la divulgación de los registros médicos necesarios al proceso de reclamaciones de seguros y de otros proveedores de servicios médicos involucrados en el cuidado de mi hijo. Yo autorizo el pago de beneficios médicos que se hace directamente a VIPediatrics, PC.

(Marque) Se me ha presentado con una copia de la Notificación de prácticas de privacidad para el cargo de VIPediatrics, PC detalla cómo mi información puede ser usada y divulgada según lo permitido por las leyes federales y estatales

Firma _____ Fecha ____ / ____ / ____

Imprima su Nombre _____ Relacion al Paciente: Madre Padre Tutor Legal

