



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Todos los niños tienen la misma cobertura de seguros? Si No PCP: Dr. Tanase

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

El apellido del paciente:	Primero:	Medio:	Fecha de Nacimiento:	Sexo: M	F
1.					
2.					
3.					
No hay teléfono preferido.:	Segundo teléfono	Tercero teléfono	Adicional teléfono		
Dirección postal	Ciudad :	Estado:	Código postal:		
Cómo se enteró usted de nosotros? (Por favor marque una casilla):	<input type="checkbox"/> Amigo	<input type="checkbox"/> Plan de Seguros	<input type="checkbox"/> Hospital		
<input type="checkbox"/> Familia	<input type="checkbox"/> Dr.	<input type="checkbox"/> Cerca de casa / trabajo	<input type="checkbox"/> Páginas amarillas	<input type="checkbox"/> Otros	

PERSONA QUE LLENE EL FORMULARIO

Madre Padre Abuelo Guardián Paso de los padres Otros

Nombre:	Fecha de nacimiento:	Dirección (si es diferente) a la de arriba:	Teléfono de la casa
1.			

OTRAS PERSONAS EL CUIDADO DE LOS NIÑOS

Madre Padre Abuelo Guardián Paso de los padres Otros

Nombre:	Fecha de nacimiento:	Dirección (si es diferente) a la de arriba:	Teléfono de la casa
2.			
3.			

El seguro médico	Nombre del Seguro:	Nombre titular de la póliza:	Número de Seguro Social:	Fecha de nacimiento:	Empleador:
Principal:					
Secundario:					

PERSONA FINANCIERAMENTE RESPONSABLE POR CUALQUIER COSTO ATENCIÓN MÉDICA ADICIONAL

1.

2.

EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre de un amigo o pariente (que no viva en la misma dirección):	Relación con el paciente:	Teléfono de la casa	Número telefónico del trabajo

Farmacia de su elección:

E-MAIL:

Utilizados exclusivamente para los recordatorios o actualizaciones. No es compartida con terceros. Máximo estimado: 5/año

