

ALTA LOMA PEDIATRICS

9710 19TH St. Rancho Cucamonga, CA 91737. Phone: (909) 581-0008 Fax: (909) 581-0030

REGISTRACION DEL PACIENTE

Paciente Nuevo: Sí / No

cambio de dirección Sí / No

Fecha ____/____/____

INFORMACION DEL PACIENTE:

Nombre del Paciente _____ Inicial: _____ Apellido: _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Género: M ____ F ____ SSN: ____ - ____ - ____ Raza _____ Etnicidad _____ Religión _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado ____ Zip ____

Teléfono (Cellular) (____) _____ Teléfono (Casa) (____) _____ Teléfono de Preferencia: Celular / Casa

Dejar correo de voz: Si ____ No ____ Correo Electrónico _____ Idioma preferido _____

Discapacidad Auditiva: Si ____ No ____ Desea compartir el registro de vacunas con el departamento de California Immunization Registry CAIR? Si ____ No ____

INFORMACIÓN DE PADRES/ TUTOR LEGAL:

Nombre de la Madre: Apellido _____ Nombre _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ SSN: ____ - ____ - ____

Dirección: (Igual que el paciente? Si ____ No ____) _____ Ciudad _____ Estado ____ Zip ____

Teléfono (cellular) (____) _____ Teléfono (Casa) (____) _____ Teléfono (Trabajo) (____) _____

Ocupación _____ Dirección de Trabajo _____ Ciudad _____ Estado ____ Zip ____

Nombre del Padre Apellido _____ Nombre _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ SSN: ____ - ____ - ____

Dirección: (Igual que el paciente? Si ____ No ____) _____ Ciudad _____ Estado ____ Zip ____

Teléfono (cellular) (____) _____ Teléfono (Casa) (____) _____ Teléfono (Trabajo) (____) _____

Ocupación _____ Dirección de Trabajo _____ Ciudad _____ Estado ____ Zip ____

INFORMACIÓN DE ASEGURANZA

ASEGURANZA PRIMARIA: (Mandatorio) *Asegurador primario: (nombre de la persona quien esta a cargo de la seguridad)*

Apellido _____ Primer nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ SSN: ____ - ____ - ____

Teléfono: (____) _____ Plan Medico _____ Numero de Aseguranza/ ID# _____ Grupo# _____

Direccion (Igual que el paciente? Si ____ No ____) _____ Ciudad _____ Estado ____ Zip ____

ASEGURANZA SECUNDARIA:

Apellido _____ Primer nombre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ SSN: ____ - ____ - ____

Teléfono: (____) _____ Plan Medico _____ Numero de Aseguranza/ ID# _____ Grupo# _____

Direccion (Igual que el paciente? Si ____ No ____) _____ Ciudad _____ Estado ____ Zip ____

CONTACTO DE EMERGENCIA:

Nombre completo: _____ Relación al paciente _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado ____ Código Postal _____

Teléfono (cellular) (____) _____ Teléfono (Casa) (____) _____ Teléfono (Trabajo) (____) _____

Completado por _____ Firma de Padres/ Tutor _____ Fecha ____/____/____