

**Formulario de Registración para Pacientes Nuevos**

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Raza:  Nativo Americano  Asiático  Afroamericano  
 Nativo Hawaiano/Isleño del Pacífico  Blanco

Etnicidad:  Centro Americano/Sudamericano  Cubano  Mexicano  Puertorriqueño  
 Otro Hispano/Latino  No-Hispano/Latino

**Nombre de la Madre:** \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Casa: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Posición: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Nombre del Padre:** \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Casa: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Posición: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Guardián Legal:** \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Casa: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Posición: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Doctor que lo refirió: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Si usted cree que alguien aparte de los padres o guardián legal (ejemplo, abuela, tío, tía) acompañara al paciente a visitas médicas a Riverside, por favor provea el nombre completo y fecha de nacimiento aquí. La persona deberá proveer un documento de identificación valido en el momento dela visita.

1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_

Si alguien aparte de las personas indicadas en este documento acompaña a al menor a una visita a Riverside, por favor asegúrese de enviar un consentimiento escrito permitiendo a el adulto acompañar al menor y acceder la información medica confidencial del paciente.

Firma de los Padres/Guardián Legal: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## Formulario de Registración para Pacientes Nuevos

### Seguro Primario

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

Dirección del Asegurado: \_\_\_\_\_

Empleado  Incapacidad medica  Trabajador Independiente  Retirado  Desempleado

Empleador: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_

Numero de Póliza: \_\_\_\_\_ Numero de Grupo: \_\_\_\_\_

Dirección del Seguro: \_\_\_\_\_

Teléfono del Seguro: \_\_\_\_\_

### Seguro Secundario

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

Dirección del Asegurado: \_\_\_\_\_

Empleado  Incapacidad medica  Trabajador Independiente  Retirado  Desempleado

Empleador: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_

Numero de Póliza: \_\_\_\_\_ Numero de Grupo: \_\_\_\_\_

Dirección del Seguro: \_\_\_\_\_

Teléfono del Seguro: \_\_\_\_\_