



REGISTRO DE PACIENTE PARA MENOR

Fecha: _____

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Apodo: _____

Seguro Social: _____-_____-_____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sexo: Hombre Mujer

Dirección Postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Dirección Física: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Información del contacto: Numero de telefono de Hogar o ceular requerido

PACIENTE:

Telefono de Casa _____ Telefono Celular _____

ACEPTABLE dejar el mensaje con la persona que conteste el telefono ACEPTABLE enviar mensaje de texto

ACEPTABLE dejar el mensaje en el contestador automatic NO se puede dejar un mensaje

NO LLAMAR BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA. **Contacto alternativo requerido:** _____

Telefono del trabajo _____

Padre/Tutor Nombre: _____ **Relacion:** _____

Fecha de Nacimiento: _____ PERSONA RESPONSABLE DEL PAGO NO LLAMAR BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA

Telefono de Casa _____ Telefono Celular _____

ACEPTABLE dejar el mensaje con la persona que conteste el telefono ACEPTABLE enviar mensaje de texto

ACEPTABLE dejar el mensaje en el contestador automatic NO se puede dejar un mensaje

Telefono del trabajo _____

(OPCIONAL) Padre/Tutor Nombre: _____ **Relacion:** _____

Fecha de Nacimiento: _____ PERSONA RESPONSABLE DEL PAGO NO LLAMAR BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA

Telefono de Casa _____ Telefono Celular _____

ACEPTABLE dejar el mensaje con la persona que conteste el telefono ACEPTABLE enviar mensaje de texto

ACEPTABLE dejar el mensaje en el contestador automatic NO se puede dejar un mensaje

Telefono del trabajo _____

Contacto en Caso de Emergencia: _____
(Nombre) (Telefono) (Relacion) (Fecha de Nacimiento)

Proveedor Primario

- Thomas Bertolli, MD Mark Kal, MD otro: especificar _____
- Lois Falk, FNP Jesse Ewing PA-C

Estudiante: Si No Tiempo Parcial Tiempo Completo

Grupo Etnico: Hispano/Latino No-Hispano/Latino

Race: Nativo Americano/O de Alaska Asiatico Hispano/Latino

Nativo de Hawaii Nativo de Islas del Pacífico Multi-racial

Blanco (incluyendo hispano/latino) Americano Negro/Africano

Idioma preferida: _____ **Necesita un intérprete** Sí No

EL PAGO O INFORMACION DE ASEGURANZA (Proporcione por favor una copia de la tarjeta)

Nombre del suscriptor: _____ **Fecha de Nacimiento de Suscriptor:** _____

Relación con el Paciente: _____

Medi-Cal Medicare Aseguraza particular Family Pact Sin aseguraza

Othro **Aseguraza Medica secundario:** _____

Numero en la familia: _____ **Ingreso anual:** \$0-\$15,999 \$16,000-\$21,999 \$22,000-\$30,999 \$31,000+

Trabajador estacional: Si No **Patron:** _____

Sin Casa: Si No

Si tu respuesta es si, condicion de vivienda actual: Abrigo Calle/Campamento Viviendas de transición
 Casa compartida (familia o amigo) Otro

CONDICIONES DEL TRATAMIENTO

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO: Por medio de la presente doy autorización para el desempeño y administración de los procedimientos necesarios para uso de diagnóstico y tratamiento, que a juicio del médico/médico asistente/practicante de enfermería/dentista, consideren necesarios o convenientes.

PROGRAMA DE ASISTENCIA MÉDICA PARA MAYORES O NECESIDADES ESPECIALES: Certifico que la información dada por mí en la aplicación o para pago bajo el título VII de la ley de Seguro Social es correcto. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se hará a mi favor.

LA ASIGNACIÓN DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO: En el caso de que tengo derecho a los beneficios derivados de cualquier política de aseguradora de seguros o cualquiera de las partes responsables a mí, yo asigno dicho beneficios directamente a los Servicios Medicos Redwood Coast, Inc. para su aplicación a mi cuenta. Estoy de acuerdo que Redwood Coast Medical Services, Inc. podrá expedir un recibo de dicho pago, que dicho pago deberá descargar la compañía de seguros de cualquiera y todas las obligaciones derivadas de la política en la medida del pago, y que yo seré responsable de los gastos no cubiertas por el acuerdo.

➔ **Firma de Padre/Tutor de paciente:** _____ **Fecha:** _____

¿Podemos contactarla sobre promociones de salud y eventos especiales? Si No

Email Address: _____