



www.castlefamilyhealth.org

Formulario de Registración Para Niño

INFORMACIÓN DEL PACIENTE	INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE (Padre, Madre, Guardián, Esposo/a)
Nombre Primero Segundo Apellido	Nombre Primero Segundo Apellido
Fecha de Nacimiento _____ (mes/día/año) Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Relación con Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____ Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Nombre de madre biológica: _____	
Idioma Principal: _____	
Seguro Social #	Seguro Social #
#Tel. Primario (Celular/hogar/mensaje)	#Tel. Primario (Celular/hogar/mensaje)
#Tel. Secundario (Celular/hogar/mensaje)	#Tel. Secundario (Celular/hogar/mensaje)
Correo Electrónico	Correo Electrónico
La dirección postal	La dirección postal
Ciudad Estado Cod. Postal	Ciudad Estado Cod. Postal
Domicilio	Domicilio
Ciudad Estado Cod. Postal	Ciudad Estado Cod. Postal
Empleador	Empleador
Domicilio	Domicilio
Ciudad Estado Cod. Postal	Ciudad Estado Cod. Postal
Necesita Ser Completada Por Persona Responsable Por El Paciente	
Estado Civil (<i>marque uno</i>) Casado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	
Ingresos Del Hogar \$ Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Número de Familiares en el Hogar _____	
Empleado en Agricultura Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si es Sí, Es Temporal <input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/>	
Contacto de Emergencia # de Teléfono _____	
Tipo de seguro <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Seguro Médico <input type="checkbox"/> Ningún <input type="checkbox"/> Otro _____	
Titular del seguro: Nombre _____ Fecha De Nacimiento _____ Relación _____	

Por Favor Presente Su Tarjeta De Aseguranza

ACUERDO FINANCIERO ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO: Yo declaro y certifico que la información de arriba es verdadera. Yo autorizo cualquier tratamiento médico, procedimiento anestésico o cirugía, tal como el médico atendiendo piense justamente necesario. Yo autorizo a mi proveedor que dé información médica como sea requerida y permitida por ley. Yo entiendo que soy responsable por pagos de cobros incurridos en el curso del tratamiento. Si esta cuenta llega ser atrasada y referida a un abogado o agencia de colección, para coleccionar, el afirmado abajo pagará el costo de abogado y gastos de colección. Habrá un cobro de \$25.00 por cheques sin fondos. Aceptamos dinero en efectivo, cheques, y tarjetas de Visa y MasterCard.

Firma de Individuo Responsable _____ Fecha ____ / ____ / ____
(Padre, Madre, Guardian, Esposo, Esposa)

Testigo _____ Fecha ____ / ____ / ____