

## FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS

<b>INFORMACIÓN DEL PACIENTE</b>	Nombre del paciente	Nombre preferido	Seguridad Social #	Preferencia de género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Transgénero (M a F) <input type="checkbox"/> Transgénero (F a M) <input type="checkbox"/> Elija no revelar	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)
	Idioma preferido			¿Se necesita intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Ciudadano de ee.UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Raza/Etnia del Paciente – Seleccione todo lo que corresponda. <input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> asiático <input type="checkbox"/> negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano <input type="checkbox"/> otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> blanco/caucásico <input type="checkbox"/> Más de una carrera			Tipo de vivienda <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> subvencionado <input type="checkbox"/> Otro refugio <input type="checkbox"/> alquiler <input type="checkbox"/> Vivienda transitorias <input type="checkbox"/> sin hogar <input type="checkbox"/> Alojarse con amigos/familiares	
	¿El paciente es hispano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
En caso de que no se pueda contactar con un parent, por favor enumere un contact de emergencia C alternativo.		Relación con el paciente		Teléfono de contacto de emergencia	

<b>INFORMACIÓN DE PADRES/TUTORES</b>	Padre 1/Nombre del tutor		Dirección de correo electrónico de madre/tutor		
	Padre 1/Dirección del tutor		Ciudad	Estado	Zip
	Padre 1/Teléfono principal tutor	Teléfono secundario	Método de contacto preferido <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> teléfono principal <input type="checkbox"/> teléfono secundario <input type="checkbox"/> correo electrónico		
	Padre 2 /Nombre del tutor		Dirección de correo electrónico del padre/tutor		
	Padre 2 /Dirección del tutor		Ciudad	Estado	Zip
	Padre 2 /Teléfono principal tutor	Teléfono secundario	Método de contacto preferido <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> teléfono principal <input type="checkbox"/> teléfono secundario <input type="checkbox"/> correo electrónico		

<b>INFORMACIÓN DE SEGUROS Y GARANTES</b>	Seguro primario		Política #	Grupo #	
	Nombre del suscriptor		Relación con el paciente		
	Seguro secundario (si corresponde)		Política #	Grupo #	
	Nombre del suscriptor		Relación con el paciente		
	Garante/Nombre de la Persona Responsable del Pago (si es diferente del Suscriptor)				
	Dirección		Ciudad	Estado	Zip
	Teléfono		Relación con el paciente		

Firma de padres/tutores	Relación con el paciente	Fecha
-------------------------	--------------------------	-------