



MERCY COMMUNITY HEALTHCARE FORMULARIO DE REGISTRO-PEDIATRÍA

(Por favor escriba en letra de molde)

Fecha de Hoy:	Doctor Primario:	Farmacia:	Teléfono:	
INFORMACIÓN DEL PACIENTE				
Apellido del Paciente:		Nombre:	Segundo Nombre:	Nombre de Preferencia:
Fecha de Nacimiento: / /	Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de Seguro Social:	Idioma Principal:
Por favor marque todas las que correspondan al paciente: Raza: <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Caucásico/Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Otra Raza				Por favor marque una: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Ni Hispano o Latino
Dirección:		Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Número de Teléfono (Casa): ()	Teléfono Celular: ()	Número de Teléfono Principal: ()	Correo Electrónico:	
Preferencias de Contacto: <input type="checkbox"/> Teléfono de Casa <input type="checkbox"/> Celular ¿Está bien dejar un mensaje en el teléfono que ha indicado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Situación de Vivienda Actual: <input type="checkbox"/> Vivienda Pública <input type="checkbox"/> Mi propio domicilio <input type="checkbox"/> Casa de mi Esposo/Pareja <input type="checkbox"/> Casa de mis parientes <input type="checkbox"/> Hogar de Crianza <input type="checkbox"/> Hogar de Niños <input type="checkbox"/> Casa de un Amigo <input type="checkbox"/> Sin Hogar/Albergue** <input type="checkbox"/> Negado **Fecha de estar sin hogar: _____ <input type="checkbox"/> Albergue <input type="checkbox"/> Transicional <input type="checkbox"/> Compartiendo con otro adulto/familia <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Otro				
INFORMACIÓN DE HERMANOS				
Nombre	Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo	
INFORMACIÓN DE LA MADRE/TUTOR LEGAL				
¿El padre/tutor legal es paciente aquí en Mercy? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Apellido:		Nombre:	Segundo Nombre:	Nombre de Preferencia:
Fecha de Nacimiento: / /	Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de Seguro Social:	Idioma Principal:
Por favor marque todas las que correspondan: Raza: <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Caucásico/Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Otra Raza				Por favor marque una: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Ni Hispano o Latino
Dirección de Casa (si es diferente de la del paciente):		Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Número de Teléfono (Casa): ()	Teléfono Celular: ()	Número de Teléfono Principal: ()	Correo Electrónico:	
Preferencias de Contacto: <input type="checkbox"/> Teléfono de Casa <input type="checkbox"/> Celular ¿Está bien dejar un mensaje en el teléfono que ha indicado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Relación al Paciente: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Padre Temporal <input type="checkbox"/> DCS <input type="checkbox"/> Trabajador Social <input type="checkbox"/> Otro: _____			Estado Civil (marque una) Soltero/Casado/Divorciado/Separado/Viudo	
Si son divorciados: <input type="checkbox"/> Custodia Compartida <input type="checkbox"/> Custodia Exclusiva de Madre <input type="checkbox"/> Custodia Exclusiva de Padre <input type="checkbox"/> Documentos Legales Proporcionados				
Si el paciente está en el cuidado de alguien que no sea un padre biológico, por favor proporcione documentación legal de tutoría/custodia legal. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

MERCY COMMUNITY HEALTHCARE
FORMULARIO DE REGISTRO – PEDIATRÍA
(Página 2)

INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR LEGAL

¿Es paciente aquí en Mercy el padre/tutor legal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Apellido:		Nombre:	Segundo Nombre:	Nombre de Preferencia:	
Fecha de Nacimiento: / /	Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de Seguro Social:		Idioma Principal:
Por favor marque todas las que correspondan al paciente: Raza: <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Caucásico/Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Otra Raza				Por favor marque una: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Ni Hispano o Latino	
Dirección de Casa (si es diferente de la del paciente):		Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Número de Teléfono (Casa): ()	Teléfono Celular: ()	Número de Teléfono Principal: ()		Correo Electrónico:	
Preferencias de Contacto: <input type="checkbox"/> Teléfono de Casa <input type="checkbox"/> Celular ¿Está bien dejar un mensaje en el teléfono que ha indicado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Relación al Paciente: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Padre Temporal			Estado Civil (marque una)		
<input type="checkbox"/> DCS <input type="checkbox"/> Trabajador Social <input type="checkbox"/> Otro: _____			Soltero/Casado/Divorciado/Separado/Viudo		

INFORMACIÓN DE SU SEGURO MÉDICO

(Favor de entregar su tarjeta de seguro médico al recepcionista.)

Persona Responsable de la factura:	Fecha de Nacimiento: / /	Dirección (si es diferente):		Número de Teléfono: ()	
¿Tiene cobertura de un seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si No , hay que completar una Solicitud para Pacientes sin Seguro Médico)					
Indicar el seguro médico primario:		Nombre del Suscriptor:		Número de Seguro Social del Suscriptor:	
Fecha de Nacimiento: / /	Número de Grupo:		Número de Póliza:		Copago: \$
Relación del Paciente con el suscriptor: <input type="checkbox"/> Yo mismo <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro					
Nombre del Seguro Secundario (si corresponde):		Nombre del Suscriptor:		Número de Grupo:	Número de Póliza:
Relación del Paciente con el suscriptor: <input type="checkbox"/> Yo mismo <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro					

INVITACIÓN AL PORTAL PARA PACIENTES

Si su hijo es menor de 11 años, usted recibirá una invitación al correo electrónico que nos proporcionó para inscribirse en el Portal para Pacientes.

Si su hijo tiene entre 11-17 años y le gustaría ser invitado a nuestro Portal para Pacientes, por favor hable con un representante de servicio al cliente en la recepción para información adicional.

EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre de un amigo o pariente local (que no viva en el mismo domicilio de usted):		Relación al Paciente:	Teléfono de Casa: ()	Teléfono de trabajo: ()
---	--	-----------------------	-----------------------------	--------------------------------

La información anterior es verdadera a mi mejor entender. Autorizo que se paguen los beneficios del seguro directamente al médico. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier balance. También autorizo que Mercy Community Healthcare y la compañía de seguros divulguen cualquier información necesaria para procesar mis reclamaciones.

Firma del Padre/Tutor Legal

Fecha

