

# ALTA LOMA PEDIATRICS

9710 19<sup>TH</sup> St. Rancho Cucamonga, CA 91737. Phone: (909) 581-0008 Fax: (909) 581-0030

## REGISTRACION DEL PACIENTE

Paciente Nuevo: Sí / No

cambio de dirección Sí / No

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### INFORMACION DEL PACIENTE:

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Género: M \_\_\_ F \_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_ Etnicidad \_\_\_\_\_ Religión \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_  
Teléfono (Cellular) (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono (Casa) (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono de Preferencia: Celular / Casa  
Dejar correo de voz: Si \_\_\_ No \_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Idioma preferido \_\_\_\_\_  
Discapacidad Auditiva: Si \_\_\_ No \_\_\_ Desea compartir el registro de vacunas con el departamento de California Immunization Registry CAIR? Si \_\_\_ No \_\_\_

### INFORMACIÓN DE PADRES/ TUTOR LEGAL:

**Nombre de la Madre:** Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Dirección: (Igual que el paciente? Si \_\_\_ No \_\_\_) \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_  
Teléfono (cellular) (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono (Casa) (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono (Trabajo) (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Ocupación \_\_\_\_\_ Dirección de Trabajo \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_  
**Nombre del Padre** Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Dirección: (Igual que el paciente? Si \_\_\_ No \_\_\_) \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_  
Teléfono (cellular) (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono (Casa) (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono (Trabajo) (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Ocupación \_\_\_\_\_ Dirección de Trabajo \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE ASEGURANZA

#### **ASEGURANZA PRIMARIA:** (Mandatorio) *Asegurador primario: (nombre de la persona quien esta a cargo de la aseguranza)*

Apellido \_\_\_\_\_ Primer nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Plan Medico \_\_\_\_\_ Numero de Aseguranza/ ID# \_\_\_\_\_ Grupo# \_\_\_\_\_  
Dirección (Igual que el paciente? Si \_\_\_ No \_\_\_) \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

#### **ASEGURANZA SECUNDARIA:**

Apellido \_\_\_\_\_ Primer nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Plan Medico \_\_\_\_\_ Numero de Aseguranza/ ID# \_\_\_\_\_ Grupo# \_\_\_\_\_  
Dirección (Igual que el paciente? Si \_\_\_ No \_\_\_) \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

#### **CONTACTO DE EMERGENCIA** (Que no sea uno de los padres) (Mandatorio)

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Relación al paciente \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_  
Teléfono (cellular) (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono (Casa) (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono (Trabajo) (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Completado por \_\_\_\_\_ Firma de Padres/ Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_