

PATIENT REGISTRATION

Rev. 2/12/2020 BS

ACCOUNT #: _____ DATE COMPLETED: _____

^{1a} Nombre del paciente:		^{2a} M	^{3a} Fecha de Nacimiento:
^{4a} NSS:	^{5a} Escuela Actual / cuidado de niños:		^{6a} Raza (Marque todo lo que corresponda): Blanca (caucásica), Negro (África), Asia, Medio Oriente, India americana, polinesia Latino: Cubana, Centroamericana, Mexicana, Puerto Rico, América del Sur Otros: _____
^{8a} ALERGIAS:			
¹ Nombre de la madre/Tutor:			² Fecha de Nacimiento:
³ Dirección:			
⁴ Teléfono en casa:	⁵ Teléfono celular:	⁶ Teléfono trabajo:	
⁷ NSS:	⁸ Email:		
⁹ Nombre del padre/Tutor:			¹⁰ Fecha de Nacimiento:
¹¹ Dirección:			
¹² Teléfono en casa:	¹³ Teléfono celular:	¹⁴ Teléfono trabajo:	
¹⁵ NSS:	¹⁶ Email:		
¹⁷ Información de seguros - proporcione por favor una copia de todas las actuales tarjetas de seguro social o información en cada visita.			
La historia social: Quien vive en su casa			
¹⁹ Este niño es adoptado / en Cuidado de parentesco en foster care ahora? No / Sí Han sido nunca? No / Sí			
²⁰ Los cambios familiares en los últimos 3 años? No / Sí, sírvase describir:			
²¹ Nombre de contacto de emergencia:		Teléfono celular:	
Dirección:		Email:	
²² Nombre dentista:	Teléfono:	Ultima cita:	
²³ Estas personas tienen mi permiso para llevar a mi hijo a PSMG- AAC para citas, programar citas, y tienen acceso a información sobre el seguro de mi hijo. *Si esta casilla está marcada y se inicializa, también pueden acceder a mi información protegida de la salud del niño, acceder al portal del paciente, y las comunicaciones telefónicas de AAC. (Sírvase proporcionar información específica o documentación legal si es necesario)			
Nombre	Teléfono celular:	Relación	<input type="checkbox"/> Acceso a la información médica protegida es ok* Iniciales _____
Nombre	Teléfono celular:	Relación	<input type="checkbox"/> Acceso a la información médica protegida es ok* Iniciales _____
Nombre	Teléfono celular:	Relación	<input type="checkbox"/> Acceso a la información médica protegida es ok* Iniciales _____
Autorizo el tratamiento necesario para el buen cuidado de mi hijo por el personal PSMG-AAC se diera con mi consentimiento verbal. Autorizo el pago por mi compañía de seguros directamente a PSMG-AAC de los beneficios médicos y quirúrgicos, en su caso, por los servicios prestados. Entiendo que soy responsable financieramente a PSMG-AAC para todos los pagos debidos, que no están cubiertos por mi seguro plan Autorizo la divulgación de información médica para mi salud para procesar las reclamaciones de seguros y a los profesionales médicos para consultas.			
²⁴ Impreso:	Nombre:	Fecha:	
Por favor traiga su tarjeta de seguro del niño, los registros de inmunización, y todos sus medicamentos para cada visita a PSMG-AAC. (Por favor, use el dorso de esta página para proporcionar información adicional.)			