

Formulario de registro del Paciente / Familia 8-22 -19

PERSONA DE CONTACTO PRINCIPAL PARA LA FAMILIA (será la **persona que recibirá recordatorios de citas**).

Parentesco con el paciente (s): _____

Nombre: _____ Apellido : _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Dirección: _____ Apto : ____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Correo electrónico: _____ **(correo electrónico principal)**

Teléfono celular: _____ Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo _____

(seleccione el teléfono principal)

¿Vive con paciente? Sí No, Idioma principal hablado: Inglés, Español, Otros: _____

Modo preferido de contacto: Recordatorio citas: Mensaje Texto, Teléfono celular, Teléfono casa, Correo electrónico

Avisos generales como: vacunas vencidas ,examen físico: Mensaje de texto Teléfono celular Teléfono de casa Correo electrónico

PERSONA DE CONTACTO SECUNDARIO PARA FAMILIA

Parentesco con el paciente (s): _____

Nombre: _____ Apellido : _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Dirección: _____ Apto : ____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Correo electrónico: _____ **(correo electrónico principal)**

Teléfono celular: _____ Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo _____

(seleccione el teléfono principal)

¿Vive con paciente? Sí No, Idioma principal hablado: Inglés, Español, Otros: _____

Modo preferido de contacto: Recordatorio citas: Mensaje Texto, Teléfono celular, Teléfono casa, Correo electrónico

Avisos generales como: vacunas vencidas ,examen físico: Mensaje de texto Teléfono celular Teléfono de casa Correo electrónico

¿QUIÉN TIENE LA CUSTODIA FÍSICA PRIMARIA DEL PACIENTE? (si corresponde) _____

Para obtener requisitos más precisos del historial médico familiar, si los contactos enumerados anteriormente NO son PADRES

BIOLÓGICOS, ahora necesitamos que AMBOS PADRES BIOLÓGICOS (si se conocen) se incluyan **(complete toda la información si se conoce)**

Madre biológica: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Padre biológico: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Si cualquiera de los padres biológicos mencionados anteriormente NO tiene derechos parentales según una ORDEN DEL TRIBUNAL FIRMADA, se requiere una copia de ese ORDEN DEL TRIBUNAL para estar en el archivo.

PERSONA DE CONTACTO DE EMERGENCIA (que no sea el padre (s) o contacto (s) mencionados anteriormente)

Nombre: _____ Parentesco con el Paciente: _____ Teléfono: _____

SOLO NIÑOS EN FAMILIA A LOS QUE SE APLICA LA INFORMACIÓN DE PADRES ANTERIOR

(Si los niños tienen una dinámica familiar diferente a la anterior, deben estar en una hoja diferente)

	Primer niño/a	Segundo niño/a	Tercer niño/a	Cuarto niño/a
Primer nombre				
Segundo nombre				
Apellido				
Fecha de nacimiento	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____
Genero	<input type="checkbox"/> Masculino, <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino, <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino, <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino, <input type="checkbox"/> Femenino
Lenguaje principal	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español otros: _____	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español otros: _____	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español otros: _____	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español otros: _____
Grupo Etnico	<input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> No deseo seleccionar	<input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> No deseo seleccionar	<input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> No deseo seleccionar	<input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> No deseo seleccionar
Raza <small>(Marque todo lo que corresponda)</small>	<input type="checkbox"/> Nativo americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Hawaino / Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> No deseo seleccionar	<input type="checkbox"/> Nativo americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Hawaino / Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> No deseo seleccionar	<input type="checkbox"/> Nativo americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Hawaino / Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> No deseo seleccionar	<input type="checkbox"/> Nativo americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Hawaino / Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> No deseo seleccionar
Doctor Preferido	<input type="checkbox"/> Barriga <input type="checkbox"/> Morgan <input type="checkbox"/> Muniz	<input type="checkbox"/> Barriga <input type="checkbox"/> Morgan <input type="checkbox"/> Muniz	<input type="checkbox"/> Barriga <input type="checkbox"/> Morgan <input type="checkbox"/> Muniz	<input type="checkbox"/> Barriga <input type="checkbox"/> Morgan <input type="checkbox"/> Muniz