

## FORMULARIO DE REGISTRO DE NIÑO

Información del Paciente			
Apellido	Nombre de pila	Inicial de Segundo Nombre	
Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social		
Dirección (únicamente si es diferente de lo que indico en el formulario de registro)			
Responsabilidad Financiera <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Guarda legal <input type="checkbox"/> Guarda/Poder notarial			
Apellido	Nombre de pila		
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social	Teléfono de casa	
Información del seguro			
<b>Compañía de Seguro Médico Primario:</b>			
Número de identificación del plan	Número del grupo plan		
Nombre del/de la asegurado/o Fecha de nacimiento del/de la asegurado/a Número de seguro social del/de la asegurado/a			
<b>Compañía del Seguro Médico Secundario:</b>			
Número de identificación del plan	Número del grupo plan		
Nombre del/de la asegurado/o Fecha de nacimiento del/de la asegurado/a Número de seguro social del/de la asegurado/a			
<b>Compañía de Seguro Dental Primario:</b>			
Número de identificación del plan	Número del grupo plan		
Nombre del/de la asegurado/o Fecha de nacimiento del/de la asegurado/a Número de seguro social del/de la asegurado/a			
Información adicional del paciente			
<b>Raza:</b> <input type="checkbox"/> Asiático/a <input type="checkbox"/> Blanco/a o caucásico/a <input type="checkbox"/> Negro/a o afroamericano/a <input type="checkbox"/> Nativo/a de América o Alaska <input type="checkbox"/> Otra raza <input type="checkbox"/> De isla pacífica <input type="checkbox"/> Prefiero no indicar <b>Lenguaje Preferido:</b> _____			
<b>Identidad étnica:</b> <input type="checkbox"/> Hispano/a o latinoamericano/a <input type="checkbox"/> No-hispano/a <input type="checkbox"/> Prefiero no indicar			
<b>Estatus veterano:</b> ¿Ha estado en cualquier momento en las fuerzas armadas de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<b>Residencia:</b> ¿Cuántas personas viven en su residencia, incluyéndose a sí mismo? _____			
¿Cuánto calcula que es el ingreso total de su casa anual, incluyendo asistencia del gobierno y asistencia de incapacidad?			
<input type="checkbox"/> Menos de \$11,000 <input type="checkbox"/> \$15,001- \$20,000 <input type="checkbox"/> \$25,001- \$35,000 <input type="checkbox"/> \$45,001- \$55,000 <input type="checkbox"/> \$11,001- \$15,000 <input type="checkbox"/> \$20,001- \$25,000 <input type="checkbox"/> \$35,001- \$45,000 <input type="checkbox"/> Más de \$55,000			
¿Eres un residente estacional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Eres trabajador migrante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Vive en vivienda pública? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Eres una persona sin hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Vive en una casa multifamiliar? (¿Hay más de una familia viviendo en su casa?) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<b>Las siguientes personas tienen la autorización de presentar el paciente previamente indicado para citas y recibir información sobre su cuidado médico y dental:</b>			
<b>Persona 1:</b>		<b>Persona 2:</b>	
Firma del Padre o Guardia legal		Fecha	