

FORMULARIO DE REGISTRO ORCHID HEALTH – MENORES DE EDAD

(Escriba en letra de molde)

Nombre legal: _____ Fecha de hoy: _____

Nombre - Segundo nombre - Apellidos

Nombre preferido/nombre por el que se le conoce: _____ Pronombres preferidos: _____

Sexo legal: Masculino/Femenino/Otro Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): _____ Número de Seguro Social: _____

Nombre del padre/madre/tutor legal #1: _____ Teléfono: _____ Vive con el menor: ☐ Sí ☐ No

Nombre del padre/madre/tutor legal #2: _____ Teléfono: _____ Vive con el menor: ☐ Sí ☐ No

Dirección Física: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____ ¿Acepta mensajes de texto? ☐ Sí ☐ No

Correo electrónico: _____ Método de comunicación preferido: _____ Idioma preferido: _____

Raza: (Puede elegir más de una si procede) ☐ Blanco ☐ Negro o afroamericano ☐ Asiático ☐ Indio americano o

nativo de Alaska ☐ Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico ☐ Origen hispano o latino

Etnia: ☐ No hispano/ latino ☐ Hispano/latino ☐ Otro _____

Contacto de emergencia Nombre: _____ Relación: _____ Número de teléfono: _____

INFORMACIÓN SOBRE SEGUROS

(traiga su tarjeta de seguro a nuestra recepcionista)

Indique el nombre del seguro principal: _____

Número de ID del seguro _____ Número de grupo: _____

Nombre del INSCRITO: _____ NSS: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación del paciente con el inscrito: ☐ Propio ☐ Cónyuge ☐ Hijo ☐ Otro

Nombre del seguro secundario (si procede): _____

Número de ID del seguro _____ Número de grupo: _____

Nombre del INSCRITO: _____ NSS: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación del paciente con el inscrito: ☐ Propio ☐ Cónyuge ☐ Hijo ☐ Otro

PERSONA financieramente responsable de las facturas y del pago:

Relación con el paciente: _____ Nombre: _____ FEC. NAC.: _____

Dirección postal: _____ Código postal: _____ Ciudad _____ Estado: _____

Mejor número de teléfono: _____

**** ÚNICAMENTE PACIENTES VA DEBEN completar esta sección ****

Número de Seguridad Social o Número DBN de Titular de Póliza: _____

Nombre de Seguro: _____