HOLYOKE PEDIATRIC ASSOCIATES, LLP
FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES

REGISTRO MEDICO# _____

NOMBRE DEL NINO: _____
NOMBRE **APELLIDO**

DIRECCION: _____
CALLE **CIUDAD** **ESTADO** **ZONA POSTAL**

TELEFONO DE EMERGENCIA (ALGUIEN QUE PODEMOS LLAMAR SI USTED NO ESTA DISPONIBLE)

NOMBRE: _____ **NUMERO:** _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ **SEXO DEL NINO:** _____

NUMERO DE SEGURO SOCIAL DE EL NINO: _____

NOMBRE DE EL PADRE: _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____

PERSONA RESPONSIBLE POR EL PAGO (PADRE, PARIENTE O TUTOR):

NOMBRE: _____ **PARENTESCO:** _____

DIRECCION: _____
CALLE **CIUDAD** **ESTADO** **ZONA POSTAL**

SEGURO: _____

NOMERO DEL GRUPO: _____ **NUMERO DE POLIZA:** _____

SUBSCRIBIDOR: _____

NOMBRE Y DIRECCION DE EL EMPLEADO

NOMBRE: _____

DIRECCION: _____
CALLE **CIUDAD** **ESTADO** **ZONA POSTAL**

TELEFONO: _____

CON MI FIRMA TENGO ENTENDIDO QUE SOY RESPONSIBLE POR EL PAGO DE SERVICIOS RECIBIDOS ANQUE TENGA SEGURAS.

FIRMA: _____ **FECHA:** _____