

Formulario para el Registro de Pacientes

COBB PEDIATRIC ASSOCIATES, P.C.

Nombre del paciente: _____

<i>(Padres)</i>	<i>Madre/Padre 1</i>	<i>Padre/Padre 2</i>
Nombre completo		
Fecha de nacimiento		
Estado civil		
Señas o dirección		
Ciudad, Estado, Código postal		
Teléfono de su casa o principal		
Teléfono móvil		
Teléfono del trabajo		
E-mail		
Nombre del empleador o patrono		
Señas del empleador		
Ciudad, Estado, Código postal		
Familiar más cercano (nombre, su teléfono y su móvil)		

Información del niño

Información de la farmacia

Fecha de nacimiento		Nombre	
Género		Dirección	
Raza		Ciudad, Estado, Código postal	
Origen étnico		Teléfono	
Idioma preferente			
Nombres de todos los niños a quienes proveemos asistencia médica			

<i>SEGURO</i>	<i>Primario</i>	<i>Secundario</i>
Suscriptor principal		
Compañía		
Dirección Ciudad, Estado, Código postal		
Número de póliza		
Número de grupo		

****Por favor, déjenos saber quien lo refirió a nuestra oficina para dar las gracias.** _____

Yo, _____, he recibido una copia de la Práctica de Confidencialidad en Cobb Pediatric Associates, PC, la Política de Servicios Financieros, y la Política de Cancelación de Citas. **Entiendo que tengo el derecho de negarme a completar y firmar este formulario; sin embargo, al firmarlo, estoy obligado a pagar los servicios a Cobb Pediatric Associates, PC, en su totalidad, en el momento del servicio.**

*Firma: _____ Fecha: _____
(Garante)