



TLC Pediatrics., LLC Formulario de Registracion

Nombre del Paciente (s)

Fecha de Hoy: _____

Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento	Sexo	
1. _____	_____	____/____/____	M	F
2. _____	_____	____/____/____	M	F
3. _____	_____	____/____/____	M	F
4. _____	_____	____/____/____	M	F
5. _____	_____	____/____/____	M	F

Direccion de Casa:

Calle	Ciudad	Estado	Codigo Postal
-------	--------	--------	---------------

Informacion de los Padres:

Nombre de la Madre: _____ **Fecha de Nacimiento:** ____/____/____

Direccion: _____

Calle	Ciudad	Estado	Codigo Postal
-------	--------	--------	---------------

de telefono de preferencia: _____ 2nd # de telefono _____ 3rd # de telefono _____

Nombre del Padre: _____ **Fecha de Nacimiento:** ____/____/____

Direccion: _____

Calle	Ciudad	Estado	Codigo Postal
-------	--------	--------	---------------

de telefono de preferencia: _____ 2nd # de telefono _____ 3rd # de telefono _____

Nombre del Guardian: _____ **Fecha de Nacimiento:** ____/____/____

Direccion: _____

Calle	Ciudad	Estado	Codigo Postal
-------	--------	--------	---------------

de telefono de preferencia: _____ 2nd # de telefono _____ 3rd # de telefono _____

* NOTA: Nuestra recepcionistas pueden solicitar la tarjeta de seguro de cada niño en cada visita. *

Seguro Medico:

Seguro de Salud Primario: _____ Fecha Efectiva: ____/____/____

Nombre del titular de la poliza: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Direccion: _____

Calle	Ciudad	Estado	Codigo Postal
-------	--------	--------	---------------

Seguro de Salud Secundario: _____ Fecha Efectiva: ____/____/____

Nombre del titular de la poliza: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ →



Contacto de Emergencia:

Nombres y relaciones de gente (APARTE DE LOS PADRES) que tienen permiso para traer a sus hijos a visitas y están autorizados para tomar decisiones médicas:

Nombre: _____	Relacion: _____	Numero de Telefono: _____	Contacto de Emergencia?	
			Si	No
Nombre: _____	Relacion: _____	Numero de Telefono: _____	Si	No
Nombre: _____	Relacion: _____	Numero de Telefono: _____	Si	No

Doctor Preferido: (circule uno) Patricia Jorquera, MD Betsy Clachko, MD Cindy Perry, MD

Por favor tenga en cuenta al elegir un "médico preferido", esto se aplica solamente para los físicos. Si su hijo está enfermo, será visto por el médico disponible ese día. Gracias *

Esta información es opcional y voluntaria. Todos los pacientes recibirán la misma atención médica independientemente de la respuesta o puede contestar "Prefiero no responder".

Raza del paciente:

- Nativo Americano o de Alaska
- Asiatico
- Afro-Americano
- Caucasica
- Hispano
- Hawaiian Native/Pacific Islander
- Prefiero no responder

Origen Etnico

- Desconocido
- Hispano o Latino
- No Hispano o Latino
- Prefiero no responder

Idioma preferido: _____

Firma del padre/guardian: _____

Fecha: ____/____/____

Escriba el nombre del padre/guardian: _____

Fecha: ____/____/____