**Children’s Choice Pediatrics**

**INFORMACION DEL PACIENTE / REGISTRACION** FECHA \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre del Paciente:**

Apellido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_­/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexo: M\_\_\_\_ F\_\_\_\_ No. de seguro social: \_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Religion:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Direccion:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado\_\_\_\_\_ Codigo Postal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono (Cellular):

Telefono (Casa):

Telefono de preferencia: Cell\_\_\_ Casa\_\_\_\_

Dejar correo de voz: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_

Mensage de Texto: Si\_\_ No\_\_\_

Correo Electronico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Desea tener acceso electronico al expediente del Paciente? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_

Lenguage Preferido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Discapacidad Auditiva: Si\_\_\_\_ No \_\_\_

Desea compartir el registro de vacunas con el departamento de California Immunization Registry CAIR? Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_

Ninos adicionales en la familia:

Apellido \_\_\_\_­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Inicial segundo nombre \_\_\_\_ Fecha de nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Inicial segundo nombre \_\_\_\_ Fecha de nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Inicial segundo nombre \_\_\_\_ Fecha de nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Inicial segundo nombre \_\_\_\_ Fecha de nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información de Padres/ Tutor Legal**

***Estado civil de padres: Casados\_\_\_\_\_\_ Divorsiados\_\_\_\_\_\_ Soltero/a\_\_\_\_\_ viodo/a\_\_\_\_\_ pareja\_\_\_\_\_\_***

***Nombre de la Madre***: Apellido**\_**\_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ No. Seguro Social \_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Direccion: (igula que el paciente?) Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono cellular (\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono de casa (\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Occupacion\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Direccion de Trabajo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_Telefono trabajo(\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_

***Nombre de el Padre:*** Apellido**\_**\_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ No. Seguro Social \_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Direccion: (igula que el paciente?) Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono cellular (\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono de casa (\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Occupacion\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Direccion de Trabajo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_Telefono trabajo(\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_

**INFORMACION DE ASEGURANZA**

***\*\* ASEGURANZA/ SEGURO MEDICO PRIMARIO:*** (Mandatorio)

*Asegurador primario: (nombre de la persona quien esta a cargo de la aseguranza)*

*\**Apellido\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \*Primer nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \*Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\*No. De Seguro Social \_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Plan Medico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \*Numero de Aseguranza/ ID# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Groupo# \_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* *Direccion de Asegurador Primario*: (Marque aqui si es igual que el paciente) Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_

(si es diferente ala paciente) Direccion\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado\_\_\_\_\_ Codigo Postal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Telefono de Asegurador Primario: (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Aseguranza secundaria:***

*Concurrente:*

*Apellido*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *Primer Nombre*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_*Numero de seguro social\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_*

Plan Medico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Numero de Identificacion: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Groupo# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Direccion de asegurador Secundario: (*marque aqui si es igual que el paciente*)* Si\_\_\_\_ No\_\_\_\_

(si es diferente ala paciente) Direccion\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado\_\_\_\_\_ Codigo Postal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono de Asegurador Primario: (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***\*\*CONTACTO DE EMERGENCIA*** *(Que no sea uno de los padres)* (Mandatorio)

Nombre completo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relacion al paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado\_\_\_\_\_ Codigo Postal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. Cellular (\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. Casa (\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. Trabajo (\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Completado por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma de Padres/ Tutor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_