



Child & Teen Wellness Center

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

1. **PACIENTE:** _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ F M
(PRIMER NOMBRE) (SEGUNDO) (APELLIDO)

Idioma: *Inglés Español Chino Hindi Francés ASL (lenguaje designos) Otro:* _____

Etnicidad: *Hispanic No-Hispanic Desconocido*

Raza: *Asiático Negro Hawaiano Blanco*

Pediatra Preferido: *Dr. Levy Dra. Block Dra. Kushner KeAndra Jones, CRNP Amy LaCava, CRNP*

2. **PACIENTE:** _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ F M
(PRIMER NOMBRE) (SEGUNDO) (APELLIDO)

Idioma: *Inglés Español Chino Hindi Francés ASL (lenguaje designos) Otro:* _____

Etnicidad: *Hispanic No-Hispanic Desconocido*

Raza: *Asiático Negro Hawaiano Blanco*

Pediatra Preferido: *Dr. Levy Dra. Block Dra. Kushner KeAndra Jones, CRNP Amy LaCava, CRNP*

CONTACTO DEL PARIENTE/TUTOR LEGAL

PACIENTE VIVE CON

Padre: _____ F M
(PRIMER NOMBRE) (SEGUNDO) (APELLIDO)

Relación: Madre Padre Otro _____

S.S.: _____ - _____ - _____ **No Tiene / Rechazar**

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____

Codigo Postal _____

Lang.: *Inglés Español Ruso Hindi otro:* _____

Correo Electronico: _____

Empleador: _____

Ocupacion: _____

Teléfono: _____ **Trabajo:** _____

Celular: _____

PACIENTE VIVE CON

Padre: _____ F M
(PRIMER NOMBRE) (SEGUNDO) (APELLIDO)

Relación: Madre Padre Otro _____

S.S.: _____ - _____ - _____ **No Tiene / Rechazar**

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____

Codigo Postal _____

Lang.: *Inglés Español Ruso Hindi otro:* _____

Correo Electronico: _____

Empleador: _____

Ocupacion: _____

Teléfono: _____ **Trabajo:** _____

Celular: _____

MÉTODOS DE CONTACTO PREFERIDOS (Marque con un Circulo)

Problemas Médicos: Teléfono de Casa Text o Llamadas al Celular Teléfono de Trabajo Correo Electornico

Recordamientos: Teléfono de Casa Text o Llamadas al Celular Teléfono de Trabajo Correo Electornico

Llamada de aviso : Teléfono de Casa Text o Llamadas al Celular Teléfono de Trabajo Correo Electornico

Portal para Pacientes: Teléfono de Casa Text o Llamadas al Celular Teléfono de Trabajo Correo Electornico

TITULAR DE POLIZA DE SEGURO / ADULTO RESPONSIBLE / NOMBRE DE GARANTE

NOMBRE DEL TITULAR DE LA POLIZA: _____
(PRIMER NOMBRE) (SEGUNDO) (APELLIDO)

RELACIÓN: Madre Padre Otro _____

Compañía de Seguro: _____ ID #: _____ GRUPO #: _____

Firma del Padre Responsable /Tutor Legal

Fecha