



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