PROMISE COMMUNITY HEALTH CENTER

Información del Padre o Tutor

Nombre del Padre/Garante (que pagara la cuenta): _____

DOB: _____ Seguro Social: _____ Relación con el paciente: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Otro tutor

Dirección: _____ Apt/Lot #_____

Ciudad: _____ Estado: _____Código Postal: _____

Número de Teléfono Celular: _____ Número de Teléfono Casa: _____

Preferencia del contacto: ☐ Celular ☐ Casa Sexo: ☐ Mujer ☐ Hombre Etnia: ☐ Hispano/Latino ☐ No es Hispano/Latino

Grupo(s) Racial(es): ☐ Blanco ☐ Negro/Afroamericano ☐ Asiático ☐ Other: _____

Paciente 1

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento (MM/DD/YY): _____/_____/_____

Apellido Nombre MI

Sexo: ☐ Mujer ☐ Hombre Etnia: ☐ Hispano/Latino ☐ No es Hispano/Latino

Grupo(s) Racial(es): ☐ Blanco ☐ Negro/Afroamericano ☐ Asiático ☐ Other: _____

Paciente 2

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento (MM/DD/YY): _____/_____/_____

Apellido Nombre MI

Sexo: ☐ Mujer ☐ Hombre Etnia: ☐ Hispano/Latino ☐ No es Hispano/Latino

Grupo(s) Racial(es): ☐ Blanco ☐ Negro/Afroamericano ☐ Asiático ☐ Other: _____

Paciente 3

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento (MM/DD/YY): _____/_____/_____

Apellido Nombre MI

Sexo: ☐ Mujer ☐ Hombre Etnia: ☐ Hispano/Latino ☐ No es Hispano/Latino

Grupo(s) Racial(es): ☐ Blanco ☐ Negro/Afroamericano ☐ Asiático ☐ Other: _____

Paciente 4

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento (MM/DD/YY): _____/_____/_____

Apellido Nombre MI

Sexo: ☐ Mujer ☐ Hombre Etnia: ☐ Hispano/Latino ☐ No es Hispano/Latino

Grupo(s) Racial(es): ☐ Blanco ☐ Negro/Afroamericano ☐ Asiático ☐ Other: _____

Información del Seguro Médico:

Seguro Primario

Nombre del Seguro Médico: _____

Número de Grupo: _____

Número de Póliza: _____

Nombre: _____

DOB: _____

Empleador: _____

Relación con el paciente: _____

Seguro Secundario

Nombre del Seguro Médico: _____

Número de Grupo: _____

Número de Póliza: _____

Nombre: _____

DOB: _____

Empleador: _____

Relación con el paciente: _____