Children's Hospital of The King's Daughters Health System
Children's Medical Group, Inc.

Formulario de Registro para el Paciente (Patient Registration Form)

¿Éste es un niño de hogar de acogida? Sí No También conocido como_____
(Is this a foster child?) (Yes) (No) (Also known as)

Información Demográfica del Paciente / Patient Demographics

Apellido _____ Nombre_____ 2do Nombre_____ Fecha de Nacimiento_____
(Last Name) (First Name) (Middle Name) (Date of Birth)

Seguro Social_____ Género: M F Etnicidad: Hispano/Latino No Hispano/No Latino Prefiero no responder
(SSN) (Gender) (Ethnicity) (Hisp/Lat) (Not Hisp/Lat) (Decline)

Raza: Indio-Americano o Nativo de Alaska Asiático Negro o Afro-Americano Hawaiano o de las Islas Pacíficas Blanco No deseo responder
(Race) (Am. Indian or Alaskan Native) (Asian) (Black or African-Am.) (Hawaiian or other Pacific Islander) (White) (Decline)

Dirección_____
(Address)

Ciudad_____ Estado_____ Código Postal_____
(City) (State) (Zip Code)

Teléfono en Casa_____ Pediatra Principal _____
(Home Ph.) (PCP)

CONTACTO ADICIONAL (además de los padres) **Nombre:**_____
(ADDITIONAL CONTACT (other than parent) Name:)

Teléfono en Casa_____ Teléfono del Trabajo_____
(Home Phone) (Work Phone)

Relación al paciente_____ Teléfono Celular_____
(Relationship) (Cell Phone)

MADRE/GUARDIÁN (Mother/Guardian)
Nombre_____Tel-Casa_____
(Name) (Home Phone)

Dirección_____Tel-Trabajo_____
(Address) (Work Phone)

Ciudad_____Estado_____ Código Postal____
(City) (State) (Zip Code)

Fecha Nacimiento_____Tel-Celular_____
(Date of Birth) (Cell Phone)

Seguro Social_____
(SSN)

Correo Electrónico_____
(Email)

Nombre del Empleador_____
(Name of Empoyer)

PADRE/GUARDIÁN (Father/Guardian)
Nombre_____Tel-Casa_____
(Name) (Home Phone)

Dirección_____Tel-Trabajo_____
(Address) (Work Phone)

Ciudad_____Estado_____ Código Postal____
(City) (State) (Zip Code)

Fecha Nacimiento_____Tel-Celular_____
(Date of Birth) (Cell Phone)

Seguro Social_____
(SSN)

Correo Electrónico_____
(Email)

Nombre del Empleador_____
(Name of Employer)

INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE (GARANTE) (Responsible Party (Guarantor) Information)

Nombre_____Relación al Paciente_____
(Name) (Relationship to Patient)

Dirección_____
(Address)
Ciudad_____Estado_____Código Postal_____
(City) (State) (Zip Code)

Tel. de Casa_____Tel del Trabajo_____
(Home Phone) (Work Phone)

Seguro Social_____Fecha de Nacimiento_____Correo Electrónico_____
(SSN) (Date of Birth) (Email)

Empleador del Garante_____
(Guarantor's Employer)
Dirección_____
(Address)

Ciudad_____Estado_____ Código Postal_____
(City) (State) (Zip Code)

Spanish Translation approved by CHKD Language Services-Marta Cox- CHI ™ 003798 on 06 18 2021

Children's Hospital of The King's Daughters Health System
Children's Medical Group, Inc.

Formulario de Registro para el Paciente (Patient Registration Form) (p2)

OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA: **(Other Family Members)**	Fecha de Nacimiento (Date of Birth)	Género (Sex)	# de Seguro Social (SSN)

SEGURO MÉDICO PRIMARIO
(Primary Insurance)

(Por favor presente la tarjeta para sacarle una copia) (Please present card for copying)

Nombre del Seguro_____
(Insurance Name)

Suscriptor_____
(Subscriber)

Relación al paciente_____
(Relationship)

de ID del Suscritor_____
(Subscriber ID)

del Grupo _____
(Group Number)

Dirección_____
(Address)

Ciudad/Estado/Código Postal_____
(City/State/Zip)

Teléfono de la Casa_____
(Home Phone)

Teléfono del Trabajo_____
de Seguro Social del Suscriptor _____
(Subscriber SSN)

Fecha de Nacimiento_____
(Date of Birth)

de ID del Miembro/Paciente_____
(Patient/Member ID)

SEGURO MÉDICO SECUNDARIO
(Secondary Insurance)

Nombre del Seguro _____
(Insurance Name)

Suscriptor_____
(Subscriber)

Relación al paciente_____
(Relationship)

de ID del Suscritor_____
(Subscriber ID)

del Grupo_____
(Group Number)

Dirección_____
(Address)

Ciudad/Estado/Código Postal_____
(City/State/zip)

Teléfono de la Casa_____
(Home Phone)

Teléfono del Trabajo_____
de Seguro Social del Suscriptor_____
(Subscriber SSN)

Fecha de Nacimiento_____
(Date of Birth)

ID del Miembro/Paciente_____
(Patient/Member ID)

Yo verifico que la información anterior es correcta (I verify the above information is accurate)

_____
Firma (Signature)

_____
Fecha (Date)

Relación al paciente (Favor circular una) – (Relationship to patient (Please circle one)- **madre (mother)** **padre (father)** **abuelo (grandparent)** **padrastro (step-parent)** **guardián legal (legal guardian)** **otro (other)**

Office staff/system update completed by_____ **Date**_____ **PT ID #**_____

Spanish Translation approved by CHKD Language Services-Marta Cox- CHI ™ 003798 on 06 18 2021