

**Formulario de Registro
Del Paciente/Cliente**

**South Area Pediatric
Medical Group, Inc.**

3811 Florin Road #16
Sacramento, CA 95823
TEL 916-394-2580

Informacion del Paciente

Genero: Masculino Femenino Transgenero

1. Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____
2. Otros nombres utilizados _____
3. Correo electronico _____
4. Direccion Completa _____
5. Numero de Telefono Particular _____
6. Dia _____ Casa _____ Celular _____
7. Lo podemos contactar si no 8. Podemos dejar mensajes si no
9. Le podemos mandar textos si no 10. Le podemos mandar correos electronicos si no
11. Nombre _____ Fecha _____ Numero _____
de la Madre _____ de Nacimiento _____ de Seguro Social _____
12. Direccion Completa _____ Estado _____Codigo Postal _____
13. Numero de Telefono _____ Numero para Mensajes _____
14. Empleador o Patron _____ Numero de telefono del lugar donde trabaja _____
15. Nombre _____ Fecha _____ Numero _____
del Padre _____ de Nacimiento _____ de Seguro Social _____
16. Direccion Completa _____ Estado _____Codigo Postal _____
17. Numero de Telefono _____ Numero para Mensajes _____
18. Empleador o Patron _____ Numero de telefono del lugar donde trabaja _____

19. CONTACTO DE EMERGENCIA OTROS APARTE DE PADRES O GUARDIANES

20. Nombre complete _____ Telefono de casa _____
21. Relacion al paciente _____ Telefono de trabajo _____

22. ORIGEN RACIAL (Marque todo lo que corresponda)

- Hispano/Latino Indio Americano/Nativo de Alaska Mas de una Raza

23. IDIOMAS

- Espanol Ingles Lenguaje de Senas Otros

24. Decearia asistencia durante su cita? si no
Interprete de Idiomas Asistencia para vision o ceguera
Asistencia para movilidad Otros

25. ACUERDOS DEL PACIENTE

La Informacion que he proporcionado es verdad a mi leal saber. Mediante mi firma a continuacion, dare mi consentimiento para recibir servicios de atencion medica por parte de South Area Pediatrics Medical Group, INC. Doy mi concentimiento para el menor a mi cargo. Reconozco mi responsabilidad de pagar los servicio de acuerdo con las politicas establecidas por South Area Pediatrics Medical Group, INC. Autorizo que se pague a South Area Pediatrics Medical Group, INC. la asignacion por los servicios.

26. Firma _____ Fecha _____
DE PADRE O MADRE SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD

South Area Pediatrics Medical Group, Inc.
3811 Florin Rd. Ste. 16
Sacramento, Ca. 95823
(916) 394-2580

Fecha: _____

Mi hijo/hija tiene mi permiso par recibir el cuidado de medico y medicamento necesario de South Area Pediatrics Medical Group, Inc. Este permiso es efectivo hasta ser cancelado en la escritura por guardián padre/legal.

Nombre de Paciente: _____

Firma de Guardian Padre/legal: _____

