



502 S. Old Orchard Ln. Ste 126
Lewisville, TX 75067
972.436.7962

Registro de Paciente

La aseguranza e identificacion esta requerida para cada visita.

Apellido _____ Primer Nombre _____

Direccion _____ Ciudad _____ Codigo Postal _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____ Edad ____ Sexo: M/F

Para planear el desarroyo de un sistema de salud que corresponde con las necesidades en el presente y futuro de nuestros pacientes, le preguntamos la siguiente informacion:

Porfavor circule

Origen: Hispano No-Hispano **Idioma Preferido:** _____

Raza:

Indio Americano/ Nativo de Alaska	Asiatico (incluye origenes de Pakistan y India)	Negro o Africano Americano	Hispano o Latino (de todas razas)
Multiracial	Nativo Hawaiiiano/O Otro Isladero Pacifico	Otra Raza, Porfavor Especifique: _____	Blanco

Infomacion de Padre/Guardian

Apellido _____ Primer Nombre _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____ Telefono Celular _____

Numero Alternativo _____

Direccion _____ Ciudad _____ Codigo Postal _____

Estatus Legal: Casado/a-Soltero/a-Divorciado/a-Separado/a

Informacion de Pareja o Otro Guardian

Apellido _____ Primer Nombre _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____ Telefono Celular _____

Numero Alternativo _____

Direccion _____ Ciudad _____ Codigo Postal _____

Estatus Legal: Casado/a-Soltero/a-Divorciado/a-Separado/a

****Porfavor circule con quien vive este paciente: Mama Papa Ambos Otro _____**

Asignaminto de Beneficios

Yo autorizo que lod beneficios de mi aseguranza sean pagados a PediPlace. Entiendo que si mi Medicaid o CHIP no esta en efecto o si mi PCP no esta correcto, yo sere razonable financieramente de cualquier balance. Tambien autorizo a PediPlace o a miaseguranza que liberen informacion requerida para procesar mis clamos.

Firma de Padre/Guardian: _____ **Fecha:** _____