

**CENTROS DE ESPECIALIDADES PARA PACIENTES EXTERNOS DE MILLER CHILDREN'S
INFORMACION DE SEGURO MEDICO E INSCRIPCION**



INFORMACION DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE)					ALIAS (APELLIDO, NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE)			
DOMICILIO DEL PACIENTE			CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL		NUMERO DE TELEFONO ()	
SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	NUMERO DE SEGURO SOCIAL --- ---	ESTADO CIVIL	RELIGION	ETHNICIDAD	ALERGIAS / DIABETICO/A? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
NOMBRE DEL MEDICO QUE LA /LO REFIRIO			NUMERO TELEFONICO DEL MEDICO ()		DIRECCION DEL MEDICO			
NOMBRE DE EL/LA PEDIATRA			NUMERO TELEFONICO DE EL/LA PEDIATRA ()		DIRECCION DEL PEDIATRA			
COMPLETE SI TIENE UN MEDICO PRINCIPAL (PCP): NOMBRE DEL MEDICO PRINCIPAL:					GRUPO MEDICO/IPA:		NUMERO TELEFONICO DEL MEDICO PRINCIPAL ()	

INFORMACION DEL PADRE/GUARDIAN

PADRE / GUARDIAN (APELLIDO, NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE)			DOMICILIO	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	NUMERO DE TELEFONO ()	
OCUPACION	NUMERO DE SEGURO SOCIAL --- ---		PARENTESCO		FECHA DE NACIMIENTO	SEXO		
SEGUNDA PERSONA RESPONSIBLE O PADRE (APELLIDO, NOMBRES)			DOMICILIO	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	NUMERO TELEFONICO ()	

INFORMACION DEL SEGURO MEDICO PRINCIPAL

SEGURO MEDICO PRINCIPAL			IPA / GRUPO MEDICO					
NUMERO TELEFONICO DEL SEGURO ()	NUMERO DE FAX DEL SEGURO ()		NUMERO TELEFONICO DEL IPA ()		NUMERO DE FAX DEL IPA ()			
DIRECCION POSTAL DE RECLAMOS			CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL			
NOMBRE DE LA PERSONA ASEGURADA (SUSCRIPTOR)			PARENTESCO		NUMERO DE CERTIFICADO O DE SEGURO SOCIAL		NUMERO DEL GRUPO/POLIZA	
TRABAJO/COMPANIA DE LA PERSONA ASEGURADA			DIRECCION	CIUDAD	ESTADO	NUMERO TELEFONICO ()		

INFORMACION DEL SEGURO MEDICO SECUNDARIO

SEGURO MEDICO SECUNDARIO			GRUPO MEDICO/IPA					
NUMERO TELEFONICO DEL SEGURO ()	NUMERO DE FAX DEL SEGURO ()		NUMERO TELEFONICO DEL IPA ()		NUMERO DE FAX DEL IPA ()			
DIRECCION POSTAL DE RECLAMOS			CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL			
NOMBRE DE LA PERSONA ASEGURADA (SUSCRIPTOR)			PARENTESCO		NUMERO DE CERTIFICADO O DE SEGURO SOCIAL		NUMERO DEL GRUPO/POLIZA	
TRABAJO/COMPANIA DE LA PERSONA ASEGURADA			DIRECCION	CIUDAD	ESTADO	NUMERO TELEFONICO ()		

PERSONA DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA -- (ADEMAS DE LOS PADRES)

NOMBRE COMPLETO		PARENTESCO	NUMERO TELEFONICO DE DIA ()	NUMERO TELEFONICO DE CASA ()
DOMICILIO		CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL

SEGUNDA PERSONA DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE COMPLETO		PARENTESCO	NUMERO DE DIA ()	NUMERO TELEFONICO DE CASA ()
DOMICILIO		CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL

NOMBRE de la persona que esta completando este formulario: _____ FIRMA _____

TODAS LAS TARJETAS DE IDENTIFICACION SE PEDIRAN AL INSCRIBIRSE

2801 Atlantic Avenue-P.O. BOX 1428 Long Beach, Ca 90801-1428

6/19/2009