

Forma de Registración (Star)

Fecha de la cita _____ Hora de cita _____ Clínica _____

- 1) ¿Ha usado el paciente algún otro nombre? _____ Si No
- 2) ¿Ha estado el paciente hospitalizado en el Hospital de Niños? _____ Si No

Paciente	Nombre del paciente		SEXO <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Fecha de Nacimiento ____/____/____	RAZA <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Otro _____	Numero de Expediente	
	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a		DIRECCIÓN DEL PACIENTE		CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL		# DE TELÉFONO ()
	TIPO DE RESIDENCIA <input type="checkbox"/> 1-Casa <input type="checkbox"/> 2-Familia de Acogida <input type="checkbox"/> Otro		APELLIDO DE SOLTERA DE LA MAMA		1er. NOMBRE DEL PAPA	SEGURO SOCIAL DEL PACIENTE	RELIGIÓN
	Nacionalidad <input type="checkbox"/> 1-Hispano <input type="checkbox"/> 2-Otro _____		Lenguaje del Paciente <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español		ESTADO DE EMPLEO <input type="checkbox"/> 1-TC <input type="checkbox"/> 4-TP <input type="checkbox"/> 6-Trabajo por su Cuenta <input type="checkbox"/> 5-Retirado <input type="checkbox"/> Otro _____		
Pariente con responsabilidad financiera	NOMBRE (pariente c/responsabilidad financiera)		RELACIÓN CON EL PACIENTE <input type="checkbox"/> Madre Natural <input type="checkbox"/> Padre Natural <input type="checkbox"/> Otro	SEXO <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	FECHA DE NACIMIENTO / /	Estado Marital <input type="checkbox"/> Solter@ <input type="checkbox"/> Casad@ <input type="checkbox"/> Divociad@ <input type="checkbox"/> Separad@ <input type="checkbox"/> Viud@ <input type="checkbox"/> Unión Libre	
	NUMERO DE CALLE			CIUDAD, ESTADO, ZONA POSTAL		TELÉFONO DE CASA ()	
	SEGURO SOCIAL	ESTADO DE EMPLEO <input type="checkbox"/> 1-TC <input type="checkbox"/> 4-TP <input type="checkbox"/> 6-Trabajo por su Cuenta <input type="checkbox"/> 5-Retirado <input type="checkbox"/> OTRO _____			NOMBRE DEL EMPLEADOR		# DE TEL. DEL EMPLEADOR ()
	DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR		CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL			OCUPACIÓN	# DE LICENCIA DE MANEJAR
1er. PARIENTE	NOMBRE		RELACIÓN CON EL PACIENTE <input type="checkbox"/> Madre Natural <input type="checkbox"/> Padre Natural <input type="checkbox"/> Otro	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	# DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	
	STREET ADDRESS			CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL		# DE TELÉFONO ()	
	ESTADO DE EMPLEO <input type="checkbox"/> 1-TC <input type="checkbox"/> 4-TP <input type="checkbox"/> 6-Trabajo por su Cuenta <input type="checkbox"/> 5-Retirado <input type="checkbox"/> Otro		NOMBRE DEL EMPLEADOR		DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR		
	CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL		TEL. DEL EMPLEADOR ()	OCUPACIÓN		# DE IDENTIFICACION/LICENCIA	
2do PAR.	NOMBRE / EMERGENCIA DE CONTACTO		Relación con el paciente <input type="checkbox"/> I-Abuela <input type="checkbox"/> J-Abuelo <input type="checkbox"/> B-Otro _____			# DE TELÉFONO DE CASA ()	
	NOMBRE DE SEGURO MEDICO		DIRECCIÓN DE LA ASEGURANZA			NUMERO DE TELÉFONO ()	
ASEGURANZA PRIMARIA	NOMBRE DE GRUPO / PLAN		DIRECCIÓN			NUMERO DE TELÉFONO ()	
	NOMBRE DE SUBSCRITO		RELACIÓN c/el ASEGURADO	No. De Póliza		NUMERO DE GRUPO	
	NOMBRE DE SEGURO MEDICO		DIRECCIÓN DE LA ASEGURANZA			NUMERO DE TELÉFONO ()	
ASEGURANZA PRIMARIA	NOMBRE DE GRUPO / PLAN		DIRECCIÓN			NUMERO DE TELÉFONO ()	
	Nombre Del Subscrito		RELACIÓN c/el ASEGURADO	No. De Póliza		NUMERO DE GRUPO	

Firma de Padres / Guardián Legal _____ Fecha _____