

**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

6/12/2009