



CONE HEALTH

Rehabilitation

INFORMACIÓN PARA EL REGISTRO PEDIÁTRICO

PEDIATRIC REGISTRATION INFORMATION

Por favor suministre la(s) tarjeta(s) de asegurado del paciente para fotocopiarla.
Please provide the patient's insurance card(s) for copying.

Nombre del PACIENTE: _____				
PACIENT'S NAME		Apellido (Last)	Primer nombre (First)	Inicial del segundo nombre (Middle Initial)
Dirección: _____				
ADDRESS		Calle (Street)	Ciudad (City)	Estado (State) Código postal (Zip)
Teléfono de residencia: (____) _____		Fecha de nacimiento: _____		
HOME PHONE		DATE OF BIRTH		
Número de seguro social: _____		Sexo: (marque con un círculo)		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
SOCIAL SECURITY NUMBER		GENDER: (PLEASE CIRCLE)		MALE FEMALE
Raza: _____ (opcional)		¿Alguna vez se le ha diagnosticado diabetes al paciente?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
RACE		(OPTIONAL) HAS PATIENT EVER BEEN DIAGNOSED WITH DIABETES?		YES NO
Pediatra/ médico de atención primaria: _____				
PEDIATRICIAN/PRIMARY DOCTOR				

Nombre del PADRE: _____		Nombre de la MADRE: _____		
FATHER'S NAME		MOTHER'S NAME		
Dirección: IGUAL _____		Dirección: IGUAL _____		
ADDRESS: SAME		ADDRESS: SAME		
Teléfono de residencia: IGUAL (____) _____		Teléfono de residencia: IGUAL (____) _____		
HOME PHONE: SAME		HOME PHONE: SAME		
Teléfono del trabajo: (____) _____		Teléfono del trabajo: (____) _____		
WORK PHONE		WORK PHONE		
Teléfono celular: (____) _____		Teléfono celular: (____) _____		
CELL PHONE:		CELL PHONE:		
Número de seguro social: _____		Número de seguro social: _____		
SOCIAL SECURITY NUMBER		SOCIAL SECURITY NUMBER		
Fecha de nacimiento: _____		Fecha de nacimiento: _____		
DATE OF BIRTH		DATE OF BIRTH		
Empleador: N/A _____		Empleador: N/A _____		
EMPLOYER: N/A		EMPLOYER: N/A		

INFORMACIÓN DEL SEGURO : Por favor complete estos datos si usted no suministró la(s) tarjeta(s) para fotocopiarla.
INSURANCE INFORMATION: Please fill out if you did not provide card(s) for copying.

PRIMARIO: _____		SECUNDARIO: _____		
PRIMARY		SECONDARY		
Nombre de la compañía aseguradora: _____		Nombre de la compañía aseguradora: _____		
NAME OF INSURANCE COMPANY		NAME OF INSURANCE COMPANY		
Número de póliza: _____		Número de póliza: _____		
POLICY NUMBER		POLICY NUMBER		
Número de grupo: _____		Número de grupo: _____		
GROUP NUMBER		GROUP NUMBER		
Nombre del titular de la póliza: _____		Nombre del titular de la póliza: _____		
POLICY HOLDER NAME		POLICY HOLDER NAME		
Relación con el paciente: _____		Relación con el paciente: _____		
RELATIONSHIP TO PATIENT		RELATIONSHIP TO PATIENT		

SI EL FIADOR NO ES EL PADRE O LA MADRE, POR FAVOR SUMINISTRE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN
IF GUARANTOR IS NOT A PARENT, PLEASE COMPLETE THE FOLLOWING INFORMATION

Nombre del fiador: _____		Fecha de nacimiento: _____		Teléfono: (____) _____	
GUARANTOR'S NAME		DATE OF BIRTH		PHONE	
Relación con el paciente: _____		Número de seguro social del fiador: _____			
RELATIONSHIP TO PATIENT:		GUARANTOR'S SOCIAL SECURITY NUMBER			
Dirección del fiador: _____					
GUARANTOR'S ADDRESS		Calle (Street)		Ciudad (City) Estado (State) Código postal (Zip)	
Dirección del empleador del fiador: _____					
GUARANTOR'S EMPLOYER / ADDRESS					