

# REGISTRO DE PACIENTE MENOR

FECHA: \_\_\_\_\_

Apellido del paciente		Primer Nombre		Segundo Nombre		Apodo	
Dirección			Ciudad		Estado		Código postal
Fecha de nacimiento		Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		Teléfono de casa		# del Seguro Social	
¿Quién es su médico de atención primaria (PCP)?				Teléfono de médico		¿Qué farmacia usa? (Nombre, número de teléfono y ubicación)	

Apellido del Padre		Primer nombre			Teléfono de casa	
Dirección	Ciudad		Estado	Código postal	Teléfono móvil	

Apellido de la Madre		Primer nombre			Teléfono de casa	
Dirección	Ciudad		Estado	Código postal	Teléfono móvil	

Nombre de contacto de emergencia (que no sea los padres )		Relación			Teléfono de casa	
Dirección	Ciudad		Estado	Código postal	Teléfono móvil	

Aseguranza Primaria		Número de Póliza		Número de Grupo	
Nombre del Asegurado(r)	# del Seguro Social del Asegurado		Fecha de nacimiento del Asegurado		Empleador del Asegurado
Dirección de la Aseguranza					

Segunda Aseguranza		Número de Póliza		Número de Grupo	
Nombre del Asegurado(r)	# del Seguro Social del Asegurado		Fecha de nacimiento del Asegurado		Empleador del Asegurado
Dirección de la Aseguranza					

**RESPONSABILIDAD Y LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN:** Autorizo el pago de beneficios médicos por servicios prestados a USO. Entiendo que soy responsable de pagar todos los servicios médicos no cubiertos por una autorización o acuerdo entre mi médico y el empleador de la compañía de seguros. Autorizo la liberación de todo o parte del historial médico del paciente para este período de atención a cualquier persona o corporación responsable de cualquier parte de los cargos del Médico. La ley estatal de Oklahoma (63 OS 1-502.2 y 1-202.3) requiere que se aconseje: "La información autorizada para la liberación puede incluir información que puede considerarse una enfermedad transmisible o venérea, incluyendo pero no limitado a Hepatitis, Sífilis, Gonorrea, Inmunodeficiencia Humana Virus (VIH) y Síndrome Inmune Deficiencia Adquirida (SIDA) ".  
**UNA FOTOCOPIA DE LA AUTORIZACIÓN Y DE LA ASIGNACIÓN SERÁ CONSIDERADA COMO VÁLIDA COMO EL ORIGINAL.**

FIRMA DEL PACIENTE O AUTORIZADA		Relación		Fecha	
---------------------------------	--	----------	--	-------	--

NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LINEA

ACCOUNT NUMBER		TREATING PHYSICIAN		By:	
----------------	--	--------------------	--	-----	--