



Children's
of Alabama®

HOJA DE DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE / FORMULARIO DE REGISTRO

PACIENTE: NOMBRE _____ PREFIERE QUE SE LE LLAME _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ SEXO ASIGNADO AL NACER _____ SEXO LEGAL _____

DIRECCIÓN _____ NÚMEROS DE TELÉFONO _____

TELÉFONO RESIDENCIAL _____

CIUDAD _____ TELÉFONO MÓVIL _____

ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____ CONDADO _____

CORREO ELECTRÓNICO _____

ESTADO CIVIL _____ ¿NECESITA UN INTÉRPRETE? _____ IDIOMA DE PREFERENCIA _____

FLUIDEZ DEL INGLÉS _____ LENGUAJE ESCRITO _____ RELIGIÓN _____

RAZA (elijá todas las que correspondan)

- INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA
- ASIÁTICO
- NEGRO/AFROAMERICANO
- HISPANO/LATINO O DE ORIGEN ESPAÑOL
- DE ORIENTE MEDIO O DEL NORTE DE ÁFRICA
- NATIVO DE HAWÁI O ISLEÑO DEL PACÍFICO
- BLANCO
- OTRA, LA RAZA NO ESTÁ INCLUIDA
- SE NIEGA A CONTESTAR
- DESCONOCIDA

ORIGEN ÉTNICO

- SE NIEGA A CONTESTAR
- HISPANO, LATINO O DE ORIGEN ESPAÑOL
- NI HISPANO, NI LATINO NI DE ORIGEN ESPAÑOL
- DESCONOCIDO

PADRE/MADRE/TUTOR: NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

DIRECCIÓN (¿LA MISMA QUE LA DEL PACIENTE? SÍ/NO) _____ NÚMEROS DE TELÉFONO: _____

TELÉFONO RESIDENCIAL _____

CIUDAD _____ TELÉFONO MÓVIL _____

ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____ CONDADO _____

CORREO ELECTRÓNICO _____

OCUPACIÓN _____

PADRE/MADRE/TUTOR: NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

DIRECCIÓN (¿LA MISMA QUE LA DEL PACIENTE? SÍ/NO) _____ NÚMEROS DE TELÉFONO: _____

TELÉFONO RESIDENCIAL _____

CIUDAD _____ TELÉFONO MÓVIL _____

ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____ CONDADO _____

CORREO ELECTRÓNICO _____

OCUPACIÓN _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: NOMBRE: _____

DIRECCIÓN _____ NÚMEROS DE TELÉFONO: _____

TELÉFONO RESIDENCIAL _____

CIUDAD _____ TELÉFONO MÓVIL _____

ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____ CONDADO _____

CORREO ELECTRÓNICO _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO:

SEGURO PRIMARIO _____ NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA _____

N.º DE PÓLIZA _____ N.º DE GRUPO _____ FECHA DE ENTRADA EN VIGOR _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA _____

SEGURO SECUNDARIO _____ NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA _____

N.º DE PÓLIZA _____ N.º DE GRUPO _____

FECHA DE ENTRADA EN VIGOR _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA _____

PROVEEDOR PRINCIPAL DE PREFERENCIA _____

FARMACIA DE PREFERENCIA NOMBRE _____ UBICACIÓN DE LA FARMACIA _____

TELÉFONO DE LA FARMACIA _____

FARMACIA DE PEDIDOS POR CORREO NOMBRE/DIRECCIÓN/TELÉFONO _____