

Demográficas

PACIENTE

NOMBRE: Apellido _____ **Primer** _____ **Segundo** _____

Fecha de Nacimiento _____ **Número de Seguro Social** _____

Sexo _____ **Raza (opcional)** _____ **Idioma Primario** _____

VIVE CON: Nombre _____ **Relación al Paciente** _____

inscribirse en Patient Portal **CORREO ELECTRÓNICO: Primario** _____ **Secundario** _____

PADRE / MADRE # 1

NOMBRE: Apellido _____ **Primer** _____ **Segundo** _____

Fecha de Nacimiento _____ **Número de Seguro Social** _____

Sexo _____ **Raza (opcional)** _____ **Idioma Primario** _____

Dirección _____ **Ciudad** _____ **Estado** _____ **Código Postal** _____

TELÉFONO: Casa _____ **Celular** _____ **Trabajo** _____

Estado Civil _____ **Nombre del Empleador** _____

ESPOSO/A: Nombre _____ **Fecha de Nacimiento** _____

PADRE / MADRE # 2

NOMBRE: Apellido _____ **Primer** _____ **Segundo** _____

Fecha de Nacimiento _____ **Número de Seguro Social** _____

Sexo _____ **Raza (opcional)** _____ **Idioma Primario** _____

Dirección _____ **Ciudad** _____ **Estado** _____ **Código Postal** _____

TELÉFONO: Casa _____ **Celular** _____ **Trabajo** _____

Estado Civil _____ **Nombre del Empleador** _____

ESPOSO/A: Nombre _____ **Fecha de Nacimiento** _____

PERSONA DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA (QUE NO SEA PADRE / MADRE)

NOMBRE: Apellido _____ **Primer** _____ **Segundo** _____

Teléfono _____ **Relación al Paciente** _____

HERMANOS

Haga una lista de hermanos que son pacientes actuales de la Clínica Pediátrica de Salem en la página 2 de este formulario.

ESTA INFORMACIÓN ES PRECISA A MI LEAL SABER Y ENTENDER.

Firmado por _____ **Fecha** _____

Nombre en letras de molde _____ **Relación** _____

CPS SOLAMENTE

PCP _____

R _____ **D** _____



Salem Pediatric Clinic
La Clínica Pediátrica de Salem

2478 13th Street SE
Salem, Oregon 97302
503-362-2481 · Phone
503-371-7803 · Fax
SalemPediatricClinic.com

Demográficas

HERMANO / A # 1

NOMBRE: Apellido _____ **Primer** _____ **Segundo** _____

Fecha de Nacimiento _____ **Número de Seguro Social** _____

Sexo _____ **Raza (opcional)** _____ **Idioma Primario** _____

VIVE CON: Nombre _____ **Relación al Paciente** _____

HERMANO / A # 2

NOMBRE: Apellido _____ **Primer** _____ **Segundo** _____

Fecha de Nacimiento _____ **Número de Seguro Social** _____

Sexo _____ **Raza (opcional)** _____ **Idioma Primario** _____

VIVE CON: Nombre _____ **Relación al Paciente** _____

HERMANO / A # 3

NOMBRE: Apellido _____ **Primer** _____ **Segundo** _____

Fecha de Nacimiento _____ **Número de Seguro Social** _____

Sexo _____ **Raza (opcional)** _____ **Idioma Primario** _____

VIVE CON: Nombre _____ **Relación al Paciente** _____

HERMANO / A # 4

NOMBRE: Apellido _____ **Primer** _____ **Segundo** _____

Fecha de Nacimiento _____ **Número de Seguro Social** _____

Sexo _____ **Raza (opcional)** _____ **Idioma Primario** _____

VIVE CON: Nombre _____ **Relación al Paciente** _____

HERMANO / A # 5

NOMBRE: Apellido _____ **Primer** _____ **Segundo** _____

Fecha de Nacimiento _____ **Número de Seguro Social** _____

Sexo _____ **Raza (opcional)** _____ **Idioma Primario** _____

VIVE CON: Nombre _____ **Relación al Paciente** _____

HERMANO / A # 6

NOMBRE: Apellido _____ **Primer** _____ **Segundo** _____

Fecha de Nacimiento _____ **Número de Seguro Social** _____

Sexo _____ **Raza (opcional)** _____ **Idioma Primario** _____

VIVE CON: Nombre _____ **Relación al Paciente** _____

HERMANO / A # 7

NOMBRE: Apellido _____ **Primer** _____ **Segundo** _____

Fecha de Nacimiento _____ **Número de Seguro Social** _____

Sexo _____ **Raza (opcional)** _____ **Idioma Primario** _____

VIVE CON: Nombre _____ **Relación al Paciente** _____

