



# Cordero, Perez-Silva & Rodriguez, MD PA

2700 SW 3 Avenue, Suite 1-F  
Miami, Florida 33129  
Tel: (305) 285-2574  
Fax: (305) 285-5505

Idioma: \_\_\_\_\_

## REGISTRACION (FAVOR LLENAR COMPLETAMENTE)

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Numero de seguro social \_\_\_\_\_ Sexo  M  F

### Información de la madre

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Numero de seguro social \_\_\_\_\_ Relación al paciente \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono (casa) \_\_\_\_\_ (trabajo) \_\_\_\_\_ (cell) \_\_\_\_\_

Lugar de Trabajo \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

### Información de el padre

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Numero de seguro social \_\_\_\_\_ Relación al paciente \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono (casa) \_\_\_\_\_ (trabajo) \_\_\_\_\_ (cell) \_\_\_\_\_

Lugar de Trabajo \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

### Contacto de emergencia (que no viva en mismo hogar)

Nombre \_\_\_\_\_ Relación al paciente \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

### Seguro primario

Compañía \_\_\_\_\_ Número de póliza \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Número de seguro social \_\_\_\_\_ Relación al paciente \_\_\_\_\_

### Seguro secundario

Compañía \_\_\_\_\_ Número de póliza \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Número de seguro social \_\_\_\_\_ Relación al paciente \_\_\_\_\_

### Información de Medicaid

Número de Medicaid \_\_\_\_\_ Nombre de soltera de la madre \_\_\_\_\_

### Hermanos/hermanas

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Vive en casa? \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Vive en casa? \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Vive en casa? \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

(Padre/Tutor/Apoderado Autorizado)