



**Concord Children's Clinic**  
**1040 Vinehaven Drive, Concord, NC 28025**  
**Phone (704)-784-1010; Fax (704)-784-1013**  
**www.concordchildrensclinic.com**

## FORMULARIO DE REGISTRO

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre Del Paciente \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primer nombre) (Inicial del segundo nombre) (Apodo)  
Fecha De nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
Número de seguro social \_\_\_\_\_  
Raza/Etnicidad \_\_\_\_\_ Idioma Preferido \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE LOS PADRES

Nombre de la Madre / Tutor legal \_\_\_\_\_  
Fecha De nacimiento \_\_\_\_\_ Número de seguro social \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
Teléfono celular \_\_\_\_\_ Teléfono alternativo \_\_\_\_\_  
Correo electrónico \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_  
Estado civil  Soltera  Casada  Divorciada  Viuda  
 Madrastra (Si corresponde)

.....  
Nombre del padre / Tutor legal \_\_\_\_\_  
Fecha De nacimiento \_\_\_\_\_ Número de seguro social \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
Teléfono celular \_\_\_\_\_ Teléfono alternativo \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

Estado civil  Soltero  Casado  Divorciado  Viudo

Padraastro (Si corresponde)

¿Con quién reside el niño? \_\_\_\_\_

¿Quién tiene la custodia legal del niño? \_\_\_\_\_

**Proporcione los documentos legales aplicables.**

¿Quién es responsable de las facturas médicas? \_\_\_\_\_

¿Qué número de teléfono deberíamos enumerar como su contacto principal? \_\_\_\_\_

¿Está bien dejar un mensaje en este número? Si No

¿Cuál es su método de comunicación preferido?

Teléfono \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

CONTACTO DE EMERGENCIA (Aparte de los padres, si corresponde)

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

FIRMA DEL LOS PADRES/ TUTOR LEGAL

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