

**Forma de registro para menores**

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ (Numero de telefono) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Zona postal \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Numero de seguro social \_\_\_\_\_

Nombre de padre \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_

Numero de seguro social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Licencia de manejar \_\_\_\_\_

Nombre de empleador \_\_\_\_\_ Ocupacion \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Zona postal \_\_\_\_\_

Nombre de madre \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_

Numero de seguro social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Licencia de manejar \_\_\_\_\_

Nombre de empleador \_\_\_\_\_ Ocupacion \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Zona postal \_\_\_\_\_

( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre y telefono de una persona que podremos avisar en caso de emergencia. \_\_\_\_\_

Favor de presentar la tarjeta(s) o formas de aseguranza con la recepcionista.

***Yo me hago responsable de todo los  
cargos que mi aseguranza no cubra***

Firma de la persona responsable

Fecha de ahora