



# Boston Children's Health Physicians

Until every child is well<sup>SM</sup>

## REGISTRACIÓN DE BCHP

FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ MED. REC. #: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

---

PERSONA RESPONSABLE/ENCARGADA: \_\_\_\_\_ RELACIÓN: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE CORREO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO DE CASA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ TELÉFONO CELULAR: \_\_\_\_\_

TELÉFONO DEL TRABAJO: \_\_\_\_\_

---

PADRE/GARANTE #1: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

EMPLEADOR: \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR: \_\_\_\_\_

---

PADRE/GARANTE #2: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

EMPLEO: \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN DEL EMPLEO: \_\_\_\_\_

---

PERSONA DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_

RELACIÓN: \_\_\_\_\_ NÚMERO TELEFÓNICO: \_\_\_\_\_

---

SEGURO MÉDICO PRIMARIO: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO MÉDICO: \_\_\_\_\_

ASEGURADO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

NÚMERO TELEFÓNICO DE LA COMPAÑÍA: \_\_\_\_\_ FECHA DE ENTRADA EN VIGOR: \_\_\_\_\_

---

SEGURO MÉDICO SECUNDARIO: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO MÉDICO: \_\_\_\_\_

ASEGURADO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

NÚMERO TELEFÓNICO DE LA COMPAÑÍA: \_\_\_\_\_ FECHA DE ENTRADA EN VIGOR: \_\_\_\_\_

---

### *DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS*

Por la presente autorizo a BCHP que divulgue información relativa a la atención médica prestada a mi o a mis dependientes. Solicito que el pago autorizado de beneficios de Medicare/otras compañías de seguros me sea hecho a mí o sea hecho a BCHP en mi nombre por los servicios prestados. Quedo notificado que mi seguro médico podrá requerir un copago y lo debo pagar en el momento de la consulta.

Firma del paciente / tutor: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_