

**FORMULARIO DE REGISTRO ORCHID HEALTH – MENORES DE EDAD**

(Escriba en letra de molde)

**Nombre legal:** \_\_\_\_\_ **Fecha de hoy:** \_\_\_\_\_  
*Nombre - Segundo nombre - Apellidos*

**Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):** \_\_\_\_\_ **Número de Seguro Social:** \_\_\_\_\_

**Nombre preferido/nombre por el que se le conoce:** \_\_\_\_\_ **Pronombres preferidos:** \_\_\_\_\_

**Sexo legal:**  Masculino  Femenino  Otro: \_\_\_\_\_

**Identidad de género:**  Hombre  Mujer  Niña  Niño  Transfemenina  Transmasculino  Género queer

Confundido/a  Prefiero no divulgar  No indicado, por favor indíquenos: \_\_\_\_\_

**Orientación sexual actual:**  Heterosexual  Homosexual o Lesbiana  Bisexual  Confundido/a  No lo sé

Prefiero no divulgar  No indicado, por favor indíquenos: \_\_\_\_\_

**Nombre del padre/madre/tutor legal #1:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Vive con el menor:**  Sí  No

**Nombre del padre/madre/tutor legal #2:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Vive con el menor:**  Sí  No

**Dirección Física:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código postal:** \_\_\_\_\_

**Dirección postal:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código postal:** \_\_\_\_\_

**Teléfono de casa:** \_\_\_\_\_ **Teléfono celular:** \_\_\_\_\_ **¿Acepta mensajes de texto?**  Sí  No

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_ **Método de comunicación preferido:** \_\_\_\_\_ **Idioma preferido:** \_\_\_\_\_

**Raza:** (Puede elegir más de una si procede)  Blanco  Negro o afroamericano  Asiático  Indio americano o nativo

de Alaska  Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico  Origen hispano o latino  No lo sé

**Etnia:**  No hispano/latino  Hispano/latino  No lo sé  Otro \_\_\_\_\_

**Contacto de emergencia Nombre:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_ **Número de teléfono:** \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN SOBRE SEGUROS**  
(traiga su tarjeta de seguro a nuestra recepcionista)

**Indique el nombre del seguro principal:** \_\_\_\_\_

Número de ID del seguro \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del INSCRITO: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Relación del paciente con el inscrito:  Propio  Cónyuge  Hijo  Otro

**Nombre del seguro secundario (si procede):** \_\_\_\_\_

Número de ID del seguro \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del INSCRITO: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Relación del paciente con el inscrito:  Propio  Cónyuge  Hijo  Otro

**PERSONA financieramente responsable de las facturas y del pago:**

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ FEC. NAC.: \_\_\_\_\_

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

Mejor número de teléfono: \_\_\_\_\_

**\*\* ÚNICAMENTE PACIENTES VA DEBEN completar esta sección \*\***

Número de Seguridad Social o Número DBN de Titular de Póliza: \_\_\_\_\_

Nombre de Seguro: \_\_\_\_\_