



J.J. Saenz, M.D., P.A. ● Daniella Rodriguez-Rico, M.D. ● Jennifer E. Saenz, M.D.
 Marla Garza PA-C ● Melissa Ledesma PA-C ● Erica Tijerina, PA-C

2821 Michael Angelo Dr. Suite 102 ● Edinburg, Texas 78539
 956-686-6100 (Oficina) ● 956-686-6115 (Fax)
 Lunes – Viernes 8AM – 5PM, Sabados 8AM – 1PM

FORMA DE REGISTRO FAMILIAR

Fecha de hoy __/__/__

Nombre de Hijo(s) (Primero, Medio, Ultimo)	SEXO (circulo)	Fecha de Nacimiento	Origen Etnico	Carrera	PCP
	H M		<input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Prefiero no Contestar		<input type="checkbox"/> JJ Saenz <input type="checkbox"/> Rodriguez-Rico <input type="checkbox"/> JE Saenz
	H M		<input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano or Latino <input type="checkbox"/> Prefiero no Contestar		<input type="checkbox"/> JJ Saenz <input type="checkbox"/> Rodriguez-Rico <input type="checkbox"/> JE Saenz
	H M		<input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Prefiero no Contestar		<input type="checkbox"/> JJ Saenz <input type="checkbox"/> Rodriguez-Rico <input type="checkbox"/> JE Saenz
	H M		<input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Prefiero no Contestar		<input type="checkbox"/> JJ Saenz <input type="checkbox"/> Rodriguez-Rico <input type="checkbox"/> JE Saenz

	PADRES/GUARDIANTE #1	PADRES/GUARDIANTE #2
Nombre:		
Relacion al Paciente(s):		
Fecha de Nacimiento:		
Domicilio:		
Telefono de Domicilio #:		
Celular #:		
Telefono de Trabajo #:		
Correo Electronico:		
Empleadores:		
Ocupacion:		
Lenguaje Preferido:		

Los Padres estan: Casados Separados Divorciados (si están divorciados, cual es el padre con custodia? #1 or #2



J.J. Saenz, M.D., P.A. ● Daniella Rodriguez-Rico, M.D. ● Jennifer E. Saenz, M.D.
 Marla Garza PA-C ● Melissa Ledesma PA-C ● Erica Tijerina, PA-C

2821 Michael Angelo Dr. Suite 102 ● Edinburg, Texas 78539
 956-686-6100 (Oficina) ● 956-686-6115 (Fax)
 Lunes – Viernes 8AM – 5PM, Sabados 8AM – 1PM

PREFERENCIA DE COMUNICACION CONFIDENCIAL DEL PACIENTE

Nos autoriza dejar un mensaje de voz en relación con información de laboratorios médicos: Si No

Si acaso si, quien es el contacto recomendado? _____ Número de teléfono preferido: _____

Pediatric Center at Renaissance tendrá recordatorios de citas y mantendrá en contacto con usted sobre nuevos servicios o eventos. Quien es su contacto preferido? Padre #1 Padre #2

Como le gustaría ser contactado? (Seleccione uno)

Dirección de correo Celular Número de Trabajo Número de Casa Correo Electrónico Mensaje de Texto

Si alguna vez no puede traer a su niño para alguna cita, especifique cualquier otro adulto de 18 años o mas que tiene permiso actuar en su nombre en autorizar tratamiento médico.: (p.e., abuelos,tio,tia, etc.). Por favor de marcar junto a la persona que desea como el contacto de emergencia en caso de que no podamos localizar el padre o guardiane.

NOMBRE	DIRECCION	TELEFONO	RELACION	CONTACTO DE EMERGENCIA?
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

INFORMACION DE SEGURO MEDICO

	SEGURO PRIMARIO	SEGURO SEGUNDARIO
Compania de Seguro:		
# de telefono:		
#de poliza:		
#de grupo:		
Guardian:		
Fecha de nacimiento:		
Relación al paciente:		

Tiene Medicaid? Si No? Por favor complete la siguiente information para cualquier niño en un plan de Medicaid.

NOMBRE DE PACIENTE	PLAN DE MEDICAID	NUMERO DE CERTIFICADO