

LOCATIONS:

785 Russell Street ■ Craig, CO 81625 ■ (970) 826-2400
 600 Russell Street ■ Craig, CO 81625 ■ (970) 824-3252
 750 Hospital Loop ■ Craig, CO 81625 ■ (970) 826-8230
 2020 W. Victory Way ■ Craig, CO 81625 ■ (970) 826-8300

Sírvase completar la forma

Admisión de Niño

Nombre Legal del Niño _____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ Género: M o F

Apellido Nombre Inicial

Dirección Postal _____

Ciudad Estado ZIP

Teléfono primario _____ # Seguro Social _____

Empleador/patrón _____ # Teléfono _____

Vive con: Madre Padre Independiente Otro _____

Nombre Legal de la Madre _____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____

Apellido Nombre Inicial

Dirección Postal _____

Ciudad Estado ZIP

Teléfono primario _____ # Seguro Social _____

Empleador/patrón _____ # Teléfono _____

Nombre Legal del Padre _____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____

Apellido Nombre Inicial

Dirección Postal _____

Teléfono primario _____ # Seguro Social _____

Empleador/patrón _____ # Teléfono _____

Contacto para Emergencia _____ Parentesco _____

Ciudad/Estado _____ # Teléfono _____

Nombre del Asegurado _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____ # Seguro Social _____

Empleador/patrón _____ # Teléfono _____

Puede dejarse información sobre salud: # Primario #Secundario Otro _____

E-mail _____

Farmacia Preferida: MRH Farmacia comunitaria City Market Walmart Walgreens Otra _____

Informe a UDS:

Lenguaje preferido: Inglés Español Griego Otra _____

Condición de vivienda: No es deambulante Comparte una vivienda En transición Deambulante

Estado agrícola: Trabajador migratorio Dependiente de trabajador migratorio Trabajador de temporada
 Dependiente de trabajador de temporada Residente

Raza: India Americana o Nativa de Alaska Asiática Negra o Africana Americana Nativa de Hawaii
 Otra Isla del Pacífico Caucásica Otra _____

****Portal del paciente en línea:** acceso al alcance de la mano-ver/actualizar información sobre el registro y el seguro, solicitar recargas de recetas médicas, ver un resumen clínico de las citas recientes.

Firma del consentimiento del portal del paciente: _____