



Formulario para Registro de Paciente de Acogida

Por favor complete este formulario en cualquier momento que el paciente sea colocado en el cuidado de un nuevo padre/recurso de acogida.

Fecha: _____

Nombre legal del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo Masculino Femenino Pronombre preferido _____

Idioma _____

Fecha de colocación del paciente a su cuidado: _____

***Nombre del primer padre/madre de acogida:** _____

Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

***Nombre del segundo padre/madre de acogida:** _____

Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Nombre del trabajador/a social: _____

Organización (DHS, CPS, GOBHI ect): _____

Número de teléfono: _____

Por favor notifique a Childhood Health dentro de 3 días hábiles de cualquier cambio de colocación.