



## 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.**

