

Forma de Registro para Pacientes

INFORMACION DEL PACIENTE

(Favor de Imprimir)

Dr. Sr. Sra. Srta. Jr. Sr. Otro _____

Nombre del Paciente (Apellido) _____ (Nombre) _____ (Segundo Nombre) _____

También Conocido con el Nombre (Apellido) _____ (Nombre) _____

Estado Civil Casado (a) Soltero(a) Divorciado (a) Viudo (a) Separado (a) Legalmente Otro

Número de Seguro Social _____ - _____ - _____ Femenino Masculino Fecha de Nacimiento ____/____/____

Dirección de E-Mail _____

Números de Teléfonos. Trabajo _____ Día Noche Casa _____ Día Noche
Celular _____ Radio _____

Dirección _____

Ciudad, Estado, Código Postal (+4) _____

Condición Empleo Empleado Estudiante Tiempo Completo Estudiante Tiempo Parcial Jubilado Negocio Propio Desempleado

Compañía que lo Emplea _____ Ocupación _____

Nombre de Contacto para Emergencias _____ Número de teléfono _____

Relación del Paciente con el Contacto para Emergencias _____

Nombre del Proveedor que Lo Recomienda _____

INFORMACION SOBRE LA PERSONA RESPONSABLE

Persona Responsable (Apellido) _____ (Nombre) _____ (Segundo nombre) _____

También Conocido con el Nombre (Apellido) _____ (Nombre) _____

Número de Seguro Social _____ - _____ - _____ Femenino Masculino Fecha de Nacimiento ____/____/____

Dirección de E-Mail _____

Números de Teléfonos Trabajo _____ Día Noche Casa _____ Día Noche

Dirección _____

Ciudad, Estado, Código Postal (+4) _____

Condición Empleo Empleado Estudiante Tiempo Completo Estudiante Tiempo Parcial Jubilado Negocio Propio Desempleado

Compañía que lo emplea _____ Ocupación _____

Relación del Paciente con la Persona Responsable _____

INFORMACION SOBRE SEGURO PRINCIPAL (proporcione su tarjeta del seguro médico en recepción al momento de anunciarse)

Nombre de la Persona que Proporciona el Seguro Médico _____ Relación con el Paciente _____

Compañía Aseguradora/Número de Teléfono _____ (____) _____

Número ID (Póliza Número) _____ Número ID del Grupo _____ Pago por Consulta _____

Fecha de Validez _____ Fecha de Vencimiento _____ Femenino Masculino

Fecha de Nacimiento del Asegurado ____/____/____ Número de Seguro Social del Asegurado _____ - _____ - _____

Dirección de la Compañía Aseguradora _____

INFORMACION SOBRE SEGURO SECUNDARIO (proporcione su tarjeta del seguro médico en recepción al momento de anunciarse)

Nombre de la Persona que Proporciona el Seguro Médico _____ Relación con el Paciente _____

Compañía Aseguradora/Número de Teléfono _____ (____) _____

Número ID (Póliza Número) _____ Número ID del Grupo _____ Pago por Consulta _____

Fecha de Validez _____ Fecha de Vencimiento _____ Femenino Masculino

Fecha de Nacimiento del Asegurado ____/____/____ Número de Seguro Social del Asegurado _____ - _____ - _____

Dirección de la Compañía Aseguradora _____

De acuerdo a mi mejor conocimiento, la información proporcionada en esta forma es correcta y actualizada.

Paciente (o Responsable) Firma _____ **Fecha** _____