

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 _____