



1114 Bell Shoals Rd
Brandon, FL. 33511
Phone (813) 940-8140
Fax (813) 940-8148

FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

DATOS PERSONALES

FECHA ____/____/____

NOMBRE DEL PACIENTE _____ FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____

SEX ____ (F) ____ (M) SS ____ - ____ - ____ MEJOR TELEFONO DIURNO ____ - ____ - ____

MADRE _____ FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____ SS# ____ - ____ - ____

DIRECCION _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____

TELEFONO MOVIL ____ - ____ - ____ TELEFONO TRABAJO ____ - ____ - ____ TELEFONO CASA ____ - ____ - ____

CORREO ELECTRONICO _____ OCUPACION _____

PADRE _____ FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____ SS# ____ - ____ - ____

DIRECCION (SI DIFERENTE A LA DE ARRIBA) _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____

TELEFONO MOVIL ____ - ____ - ____ TELEFONO TRABAJO ____ - ____ - ____ TELEFONO CASA ____ - ____ - ____

CORREO ELECTRONICO _____ OCUPACION _____

CONTACTO DE EMERGENCIA QUE NO SEA LA MADRE O PADRE _____

RELACION _____ TELEFONO ____ - ____ - ____ TELEFONO ALTERNATIVO ____ - ____ - ____

COMUNICACION PREFERIDA

___ TEXTO PARA RECORDATORIOS/MENSAJES DE CITA

___ CORREO ELECTRONICO PARA RECORDATORIOS/MENSAJES DE CITA

FARMACIA PREFERIDA _____

DIRECCION DE FARMACIA Y TELEFONO _____

ALERGIAS _____

DOCTOR PREVIO Y DIRECCION _____



1114 Bell Shoals Rd
Brandon, FL. 33511
Phone (813) 940-8140
Fax (813) 940-8148

CONTINUACION DE FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

NOMBRE DE PACIENTE _____ FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____

INFORMACION DE SEGURO MEDICO

MEDICAID ____ SI ____ NO

COMPAÑÍA DE SEGURO PRIMARIO _____

NUMERO DE SUScriptor _____ NUMERO DE GRUPO _____

ASEGURADO DE LA POLIZA _____ FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____

EMPLEADOR _____

COMPAÑÍA DE SEGURO SECUNDARIO _____

NUMERO DE SUScriptor _____ NUMERO DE GRUPO _____

ASEGURADO DE LA POLIZA _____ FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____

EMPLEADOR _____

RECONOCIMIENTO Y FIRMA

Confirmo que la información de este formulario es información actual y precisa. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, pagados o no por el seguro.

FIRMA _____ FECHA ____/____/____

NOMBRE (IMPRESO) _____ RELACION CON EL PACIENTE _____