

Formulario De Registro de Paciente (use letra de molde)

Primer Nombre: _____ Apellido: _____
Dirección: _____ #Dept: _____ Ciudad, Estado: _____ C. Postal: _____
Tel Domiciliario: _____ - _____ - _____ Tel.Celular: _____ - _____ - _____
Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Género: _____ # de SS: _____
Médico que refirió al paciente: _____ Correo Electrónico: _____

Estado de Empleo: Tiempo completo Tiempo Parcial Desempleado Autoempleo Jubilado Discapacitado

Garante (deje en blanco si la información es la misma que la del paciente)

Nombre: _____ # de SS: _____ Fecha de Maco,oemptp: ____/____/____
Tel. Domiciliario: _____ - _____ - _____ Tel. Celular: _____ - _____ - _____

Raza: Blanca Negra/Afro-Americana India Americana o Nativa de Alaska Asiática
 Nativa de Hawái o Isleña del Pacífico Raza Deconocida

Etnicidad: Origen Hispano Origen No Hispano Origen Hispano Desconocido

¿Ha ejecutado usted una Directiva de Cuidado Médico Avanzada, un Testamento en Vida o un Poder Legal? Sí No

Contacto de Emergencia:

Nombre: _____ Relación con el Paciente: _____
Tel. Domiciliario: _____ - _____ - _____ Tel. Celular: _____ - _____ - _____

Seguro de Salud

¿Tiene usted seguro (información opcional se tiene su tarjeta con usted)? Sí No

Nombre de seguro **PRINCIPAL:** _____ Relación con el Paciente: _____

Relación con el Asegurado: Él/Ella mismo(a) Cónyuge Hijo(a) Otro: _____

Fecha de Nac. Del Titular de la Póliza: ____/____/____ # de SS del Titular de la Póliza: _____

de Póliza: _____ # de Grupo: _____

Nombre del seguro **SECUNDARIO:** _____ Nombre del Titular de la Póliza: _____

Relación con el Asegurado: Él/Ella mismo(a) Cónyuge Hijo(a) Otro: _____

Fecha de Nac. Del Titular de la Póliza: ____/____/____ # de SS del Titular de la Póliza: _____

de Póliza: _____ # de Grupo: _____

Certifico que la información en este formulario es verdadera y precisa.

_____/_____/_____
Firma del Paciente o de la Parte Responsable Relación con el Paciente Fecha