



Formulario de registro de pacientes

Por favor completa toda la información

Día de la cita: _____

Información del paciente

Apellido: _____ Nombre de pila: _____ M.I.: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: ____ SSN: ____ - ____ - ____ Sexo: ____ Estado civil: _____

La raza: _____ Etnicidad: _____ Idioma preferido: _____

Dirección: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono de casa: _____ Teléfono móvil: _____

Ocupación: _____ Empleador: _____

Dirección del empleado: _____ Teléfono del empleado: _____

Médico de atención primaria: _____ Médico referente: _____

Nombre de la farmacia: _____ Dirección de farmacia: _____

Teléfono de farmacia: _____ Número de tarjeta RX: _____

Contacto de emergencia: _____ Relación con el paciente: _____

Teléfono principal de contacto de emergencia: _____ Teléfono secundario: _____

Seguro Primario **Por favor proporcione una copia de la tarjeta de seguro.**

Aseguradora: _____ Identificación de política#: _____ Grupo #: _____

Fecha de vigencia del seguro: ____ / ____ / ____ Teléfono de compañía de seguros: _____

Dirección: _____

Nombre de los subscriptores: _____ Relación con el paciente: _____

Dirección (si es diferente a la del paciente): _____ Teléfono de suscriptores: _____

Fecha de Nacimiento de los suscriptores: ____ / ____ / ____ SSN: ____ - ____ - ____ Empleador del subsciptor: _____

Seguro secundario **Por favor proporcione una copia de la tarjeta de seguro.**

Aseguradora: _____ Identificación de política#: _____ Grupo #: _____

Fecha de vigencia del seguro: ____ / ____ / ____ Teléfono de compañía de seguros: _____

Dirección: _____

Nombre de los subscriptores: _____ Relación con el paciente: _____

Firma del paciente o tutor

Fecha

