

## 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** \_\_\_\_\_