

FORMULARIO DE REGISTRO PARA NUEVOS PACIENTES

INFORMACION DEL PACIENTE

Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido
Dirección		Apt.
Ciudad	Calle	Código postal
Número de tel. de casa	¿Se puede dejar mensaje?	
Número de teléfono celular	¿Se puede dejar mensaje?	
Fecha de nacimiento		
Sexo	MASCULINO	FEMENINO
		Estado marital
Origen étnico (<i>un círculo</i>)	Hispanos	No Hispanos
Número de Seguro Social	-	-
Correo Electronico		
Contacto en caso de Emergencia	Relación con el Paciente	
Número de Tel. en caso de Emergencia		
DOCTOR PRIMARIO		
Nombre del Empleador		
Número de tel. del trabajo		
¿Podemos dejarle un mensaje en su trabajo?		
		SI NO

ASEGURANZA PRIMARIA

Nombre de la Aseguración Primaria		
Dirección del Reclamo		
Ciudad	Calle	Código postal
Número del grupo		
Número de la Poliza (ID)		
Nombre del subscriber	Relación con el paciente	
Fecha de Nacimiento del Subscriber		
Número de Seguro Social del Subscriber	-	-
Empleador del Subscriber		
Número de Tel. del Subscriber		
Cantidad de Co-pago (co-pay) (\$)		

INFORMACION DE ASEGURANZA SECUNDARIA

Nombre de la Aseguración Primaria		
Dirección del Reclamo		
Ciudad	Calle	Código postal
Número del grupo		
Número de la Poliza (ID)		
Nombre del subscriber	Relación con el paciente	
Fecha de Nacimiento del Subscriber		
Número de Seguro Social del Subscriber	-	-
Empleador del Subscriber		
Número de Tel. del Subscriber		

Si el Paciente es menor de edad, por favor proveanos con la siguiente información (*por favor escriba con letra de molde*)

1. Nombre del Padre/Guardian Legal	
Relación	
2. Nombre del Padre/Guardian Legal	
Relación	

INFORMACION DE LAS PARTES RESPONSABLES

Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido
Dirección		Apt.
Ciudad	Calle	Código postal
Número de tel. de casa		
RELACION CON EL PACIENTE		
Cuenta de correo electronico		

¿Cómo fue referido a nuestra práctica (seguro, amigo/familia, internet, publicidad, referencia médica, etc.)?

Yo aseguro que toda la información arriba mencionada es verdadera a mi mejor entendimiento.

FIRMA DEL PACIENTE O PADRE/GUARDIAN LEGAL SI ES MENOR DE EDAD

INFORMACION DE LA FARMACIA

Nombre de la farmacia		
Dirección de la farmacia		
Ciudad de la farmacia	Calle	Código postal
Número de tel. de la farmacia		

Fecha	Hora
Firma	

