



Registración de Paciente

¿Su condición es resultado de una lesión laboral? Sí No

¿Un accidente automovilístico? Sí No Fecha de accidente: _____

1. INFORMACIÓN DE PACIENTE

Nombre: _____ Inicial del Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: Masculino Femenino

No. de Licencia: _____ No. de Seguro Social: _____

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Widowed/Viudo(a)

Dirección de Casa: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____ Celular: _____

Teléfono Principal: _____ Teléfono de Empleo: _____

Correo Electrónico: _____ Farmacia Preferida: _____

Nombre de Empleo / Escuela: _____

Idioma Primario: _____ Interprete Necesario? Sí No

2. INFORMACIÓN DE SEGURO MEDICO PERSONA RESPONSABLE

Nombre de Seguro Medico Primario (Si ninguno, escriba "ninguno"): _____

Nombre de Persona Asegurada: _____ Fecha de Nacimiento: _____

No. de Seguro Medico: _____ Persona Responsable: _____

Relación al Paciente: Si mismo(a) Esposo(a) Padre Otro

Dirección de Casa: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____



3. INFORMACIÓN DE SEGURO MEDICO SECUNDARIO

Nombre de Seguro Medico Secundario (Si ninguno, escriba "ninguno"): _____

Nombre de Persona Asegurada: _____ Fecha de Nacimiento: _____

No. de Seguro Medico: _____ Persona Responsable: _____

Relación al Paciente: Si mismo(a) Esposo(a) Padre Otro

4. INFORMACIÓN DE LA REFERENCIA DEL PACIENTE

Nombre de Referencia: _____ Relación: _____

Nombre de doctor(es) que te atiende(n): _____

Relación al Paciente: Si mismo(a) Esposo(a) Padre Otro

5. CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre de Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____

Teléfono Principal: _____ Teléfono de Empleo: _____

Firma: _____

Fecha: _____