

Registro del paciente

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre del paciente:

1. _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo: Masculino /Femenino (marque con un círculo).
2. _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo: Masculino/ Femenino (marque con un círculo).
3. _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo: Masculino/ Femenino (marque con un círculo).
4. _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo: Masculino /Femenino (marque con un círculo).

Idioma que se habla en el hogar: _____ Nombre y número de la farmacia: _____

Raza: Indio americano o nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano
 Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico Blanco Prefiere no responder

Etnia: Hispano o latino No hispano o latino Prefiere no responder

Padre o tutor: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación con el/los paciente/s: _____

Dirección: (Calle) _____ (Ciudad/Estado) _____ (Cód. postal) _____

Teléfono preferido: _____ Celular/Casa **Teléfono alternativo:** _____ Celular/Casa

Correo electrónico: _____ Empleador: _____

Padre o tutor: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación con el/los paciente/s: _____

Dirección: (Calle) _____ (Ciudad/Estado) _____ (Cód. postal) _____

Teléfono preferido: _____ Celular/Casa **Teléfono alternativo:** _____ Celular/Casa

Correo electrónico: _____ Empleador: _____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

¿Quién lo derivó a nosotros? _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Información de la compañía de seguros primaria: (nombre, dirección y teléfono del responsable del pago)

Nombre de la compañía de seguros: _____ Teléfono: _____

N.º de póliza o de id.: _____ N.º de grupo: _____ Fecha de vigencia: _____

Nombre del asegurado: _____ Relación con el paciente: _____

Fecha de nacimiento del asegurado _____

Dirección de la compañía de seguros: _____

Información de la compañía de seguros secundaria: (nombre, dirección y teléfono del responsable del pago)

Nombre de la compañía de seguros: _____ Teléfono: _____

N.º de póliza o de id.: _____ N.º de grupo: _____ Fecha de vigencia: _____

Nombre del asegurado: _____ Relación con el paciente _____

Fecha de nacimiento del asegurado: _____

Dirección de la compañía de seguros: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____
