

Forma de Registro de Paciente

Información de Paciente

Apellido _____ Primero Nombre _____ Mi _____

Nombre Preferido _____

Fecha de nacimiento _____ SSN _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Desconocido

Idioma Principal _____ Intérprete necesario? ☐ No ☐ Sí

Etnicidad _____ Raza _____ Preferencia Religiosa _____

Estado civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Otro

Dirección Física _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Dirección Postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Preferencia de Contacto: ☐ Casa ☐ Celular ☐ Trabajo

Teléfono de Casa _____ Celular _____ Trabajo _____

Correo Electrónico _____ / ☐ Negó a Proporcionar ☐ Sin Acceso a Internet

Condición de Empleado: ☐ Desempleado ☐ Estudiante ☐ Servicio Militar Activo ☐ Independiente ☐ Retirado
☐ Tiempo Completo ☐ Tiempo Parcial

Empleador _____ Teléfono _____

Proveedor Primario _____

Farmacia Preferida _____ Ciudad _____

Contacto de Emergencia _____ Relación _____ Teléfono _____

Relacionado al trabajo? ☐ No ☐ Sí

es si por favor proporcione la informacion:

Número de Caso _____ Fecha del incidente _____ Parte de Herida _____

Empleador _____ Teléfono _____

Información del Seguro de Salud

Plan de Seguro _____ Número de Miembro _____ Número de Grupo _____

Quien es el Suscriptor? ☐ Mismo ☐ Alguien más

Alguien más, por favor proporcione la información del Suscriptor:

Apellido _____ Primero Nombre _____ Mi _____

Fecha de nacimiento _____ SSN _____ Teléfono _____

Relación al Paciente _____

Dirección Postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Condición de Empleado: ☐ Desempleado ☐ Estudiante ☐ Servicio Militar Activo ☐ Independiente ☐ Retirado
☐ Tiempo Completo ☐ Tiempo Parcial

Empleador _____ Teléfono _____

Firma del Paciente _____ **Fecha** _____