



## Registro del Paciente

### **INFORMACION DEL PACIENTE:**

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial Segundo Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono: Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Sexo: M F No. Seguro Social: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Raza: \_\_\_\_\_ Etnicidad: \_\_\_\_\_ Lenguaje Preferido: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### **INFORMACION DEL EMPLEADOR DEL PACIENTE**

Nombre de la Compañía: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

### **INFORMACION DE LA PERSONA RESPONSABLE (si diferente de arriba):**

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial Segundo Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono: Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Sexo: M F No. Seguro Social: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Relación al paciente: \_\_\_\_\_

### **INFORMACION DEL TITULAR DE LA POLIZA DEL SEGURO MEDICO**

#### **Primario**

Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_ No. de ID del Suscriptor: \_\_\_\_\_ No. Grupo: \_\_\_\_\_  
Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial Segundo Nombre: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: M F No. Seguro Social: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Relación al paciente: \_\_\_\_\_

#### **Secundario**

Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_ No. de ID del Suscriptor: \_\_\_\_\_ No. Grupo: \_\_\_\_\_  
Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial Segundo Nombre: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: M F No. Seguro Social: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Relación al paciente: \_\_\_\_\_

\* Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Como escuchaste sobre nosotros? (circula uno):

familia	periódico	correo / volante	televisión	empleado
internet	conduciendo	cartelera / señal	amigo(a)	referido por doctor
walk-in	páginas amarillas	referido por empleador	paciente	enfermera de la escuela

**Certifico que la información proporcionada aquí está completa y correcta a lo mejor de mi conocimiento.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha