



Farmacia: _____

Ciudad/Estado: _____

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