

# FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE



Fecha de hoy \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

INFORMACIÓN DEL PACIENTE															
Nombre del Paciente		Apellido		Nombre		Segundo nombre		Fecha de nacimiento		Edad		Sexo			
								/ /				O M O F O T			
¿Este es su nombre legal?				Si no es así, ¿cuál es su nombre legal?				Teléfono de casa		# de SS					
O SÍ O NO								( )							
Dirección de su casa o para correspondencia (circule uno)						Ciudad		Estado		Código Postal		Teléfono celular			
												( )			
Correo electrónico				El menor vive con:											
Hermanos (nombre y fecha de nacimiento)															
Situación del estudiante: O F- Estudiante de tiempo completo O P- Estudiante de tiempo parcial O N- No es estudiante Escuela a la que asiste:															
<b>Raza:</b> O Indio nativo americano/Nativo de Alaska O Asiático O Nativo de Hawái/ Isleño del Pacífico O Negro/Afroestadounidense O Blanco O Hispano O Otro O Se niega a responder <b>Etnia:</b> O Hispano o latino O Ni hispano/ ni latino O Prefiere no responder <b>Idioma:</b> O Inglés O Español O Indio O Japonés O Chino O Coreano O Francés O Alemán O Ruso O Otro															
<b>Farmacia:</b>						¿Tiene usted un testamento vital?				O Sí O No					
<b>Remitido por (por favor marque una casilla)</b>															
O Dr. O Seguro O Hospital O Familiar O Amigo O Páginas amarillas O Otro															
Otros miembros de la familia que reciben atención aquí															
Nombre del médico de cabecera						Número de teléfono									
<b>INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE/TUTOR/PERSONA RESPONSABLE</b>															
Parte responsable:						Dirección				Teléfono de casa					
Nombre															
Fecha de nacimiento						Correo electrónico				( )					
/ /															
Ocupación			Empleador			Dirección del empleador				Teléfono del empleador					
										( )					
Información del otro padre/tutor:						Dirección				Teléfono de casa					
Nombre															
Fecha de nacimiento						Correo electrónico				( )					
/ /															
Ocupación			Empleador			Dirección del empleador				Teléfono del empleador					
										( )					
<b>INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO (Muestre su tarjeta de seguro en la recepción, cuando se registre)</b>															
¿Esta visita es para algo de lo siguiente? O COMPENSACIÓN LABORAL (WC)															
O MEDICINA OCUPACIONAL (OM) O ACCIDENTE EN UN VEHÍCULO MOTORIZADO O FECHA DEL ACCIDENTE															
¿Tiene el paciente cobertura de seguro médico? O SÍ O NO						Nombre de la aseguradora									
Nombre del asegurado		Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento		Fecha de validez		Identificación de grupo		Identificación de afiliado (Número de póliza)					
		- -		/ /		/ /									
Relación del paciente con la persona asegurada O Él/Ella mismo/a O Cónyuge O Hijo/a O Otro															
Nombre del seguro secundario			Nombre del asegurado			Fecha de nacimiento		Identificación de grupo		Identificación de afiliado (Número de póliza)					
						/ /									
Relación del paciente con la persona asegurada O Él/Ella mismo/a O Cónyuge O Hijo/a O Otro															
<b>CONTACTO DE EMERGENCIA</b>															
Nombre (apellido y nombre)				Relación con el paciente				Teléfono de casa				Otro teléfono			
								( )				( )			

Hasta donde tengo conocimiento, la información entregada en este formulario es correcta y actualizada.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha