# Forma de Registro para Pacientes

**INFORMACION DEL PACIENTE** (Favor de Imprimir)

☐ Dr. ☐ Sr. ☐ Sra. ☐ Srita. ☐ Jr. ☐ Sr. ☐ Otro _____

Nombre del Paciente (Apellido) _____ (Nombre) _____ (Segundo Nombre) _____

También Conocido con el Nombre (Apellido)_____(Nombre)_____

Estado Civil ☐ Casado (a) ☐ Soltero(a) ☐ Divorciado (a) ☐ Viudo (a) ☐ Separado (a) Legalmente ☐ Otro

Número de Seguro Social _____-_____-_____ ☐ Femenino ☐ Masculino Fecha de Nacimiento ____/_____/_____

Dirección de E-Mail _____

Números de Teléfonos. Trabajo _____ ☐ Día ☐ Noche Casa _____ ☐ Día ☐ Noche

Celular _____ Radio _____

Dirección _____

Ciudad, Estado, Código Postal (+4) _____

Condición Empleo ☐ Empleado ☐ Estudiante Tiempo Completo ☐ Estudiante Tiempo Parcial ☐ Jubilado ☐ Negocio Propio ☐ Desempleado

Compañía que lo Emplea _____ Ocupación_____

Nombre de Contacto para Emergencias _____ Número de teléfono _____

Relación del Paciente con el Contacto para Emergencias _____

Nombre del Proveedor que Lo Recomienda _____

**INFORMACION SOBRE LA PERSONA RESPONSIBLE**

Persona Responsable (Apellido) _____ (Nombre) _____ (Segundo nombre) _____

También Conocido con el Nombre (Apellido)_____(Nombre)_____

Número de Seguro Social _____-_____-_____ ☐ Femenino ☐ Masculino Fecha de Nacimiento _____/_____/_____

Dirección de E-Mail _____

Números de Teléfonos Trabajo_____ ☐ Día ☐ Noche Casa _____ ☐ Día ☐ Noche

Dirección _____

Ciudad, Estado, Código Postal (+4) _____

Condición Empleo ☐ Empleado ☐ Estudiante Tiempo Completo ☐ Estudiante Tiempo Parcial ☐ Jubilado ☐ Negocio Propio ☐ Desempleado

Compañía que lo emplea _____ Ocupación_____

Relación del Paciente con la Persona Responsable _____

**INFORMACION SOBRE SEGURO PRINCIPAL** (proporcione su tarjeta del seguro médico en recepción al momento de anunciarse)

Nombre de la Persona que Proporciona el Seguro Médico _____ Relación con el Paciente _____

Compañía Aseguradora/Número de Teléfono _____ (_____)_____

Número ID (Póliza Número)_____ Número ID del Grupo _____ Pago por Consulta _____

Fecha de Validez _____ Fecha de Vencimiento _____ ☐ Femenino ☐ Masculino

Fecha de Nacimiento del Asegurado ___/___/ ____ Númbero de Seguro Social del Asegurado _____-_____-_____

Dirección de la Compañía Aseguradora _____

**INFORMACION SOBRE SEGURO SECUNDARIO** (proporcione su tarjeta del seguro médico en recepción al momento de anunciarse)

Nombre de la Persona que Proporciona el Seguro Médico _____ Relación con el Paciente _____

Compañía Aseguradora/Número de Teléfono _____ (_____)_____

Número ID (Póliza Número)_____ Número ID del Grupo _____ Pago por Consulta _____

Fecha de Validez _____ Fecha de Vencimiento _____ ☐ Femenino ☐ Masculino

Fecha de Nacimiento del Asegurado ___/___/ ____ Númbero de Seguro Social del Asegurado _____-_____-_____

Dirección de la Compañía Aseguradora _____

De acuerdo a mi mejor conocimiento, la información proporcionada en esta forma es correcta y actualizada.

***Paciente (o Responsable) Firma*** _____ ***Fecha*** _____