



## Registro del paciente

### INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre del paciente: (Apellido) \_\_\_\_\_ (Nombre) \_\_\_\_\_ (Segundo nombre) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M o F Estado civil: S C D V

Idioma: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Raza:  Indio americano o nativo de Alaska  Asiático  Negro o afroamericano  
 Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico  Blanco  Prefiere no responder

Etnia:  Hispano o latino  No hispano o latino  Prefiere no responder

Dirección: (Calle) \_\_\_\_\_ (Ciudad/Estado) \_\_\_\_\_ (Cód. postal) \_\_\_\_\_

Teléfono preferido: \_\_\_\_\_ Tipo: Celular/Casa/Oficina Teléfono alternativo: \_\_\_\_\_

Método de contacto preferido: Teléfono o correo postal de los EE. UU.

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Situación laboral: \_\_\_\_\_

Nombre del garante: \_\_\_\_\_ Relación con el garante: \_\_\_\_\_

Dirección del garante: (Calle) \_\_\_\_\_ (Ciudad/Estado) \_\_\_\_\_ (Cód. postal) \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Alias/Sobrenombre: \_\_\_\_\_ Necesidades del paciente: \_\_\_\_\_

Médico tratante: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_ Teléfono de la farmacia: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL SEGURO

#### **Información de la compañía de seguros primaria: (nombre, dirección y teléfono del responsable del pago)**

Nombre de la Compañía de seguro: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

N.º de póliza o de id.: \_\_\_\_\_ N.º de grupo: \_\_\_\_\_ Fecha de vigencia: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del asegurado: \_\_\_\_\_ Sexo del asegurado: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Empleador del asegurado: \_\_\_\_\_

#### **Información de la compañía de seguros secundaria: (nombre, dirección y teléfono del responsable del pago)**

Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

N.º de póliza o de id.: \_\_\_\_\_ N.º de grupo: \_\_\_\_\_ Fecha de vigencia: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del asegurado: \_\_\_\_\_ Sexo del asegurado: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Empleador del asegurado: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_