

Fecha de hoy ____/____/____

FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

| INFORMACIÓN DEL PACIENTE | | | | | | |
|--|--|---|------------------------------|---|--|---|
| Nombre del Paciente Apellido | | | Primer nombre Segundo nombre | | <input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta. | Estado civil (circule) Soltero/ Casado/ Divorciado/Separado/Viudo |
| ¿Este es su nombre legal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO | | Si no es así, ¿cuál es su nombre legal? | | Fecha de nacimiento / / | | Edad Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> T |
| Dirección de su casa o para correspondencia (circule uno) | | | | Ciudad | Estado | Código Postal |
| Teléfono celular () | | Correo electrónico | | | Seguro Social | |
| Ocupación | | Empleador | | Teléfono del empleador | | |
| Situación de empleo: <input type="checkbox"/> 1-Tiempo completo <input type="checkbox"/> 2 – Medio tiempo <input type="checkbox"/> 3 – No está empleado <input type="checkbox"/> 4- Autoempleado <input type="checkbox"/> 5- Retirado <input type="checkbox"/> 6 – Militar activo Situación como estudiante: <input type="checkbox"/> F- Estudiante de tiempo completo <input type="checkbox"/> P – Estudiante de tiempo parcial <input type="checkbox"/> N – No es estudiante | | | | | | |
| Raza: <input type="checkbox"/> Indio nativo americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/ Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro/Afroestadounidense <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiere no responder Etnia: <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Ni hispano/ni latino <input type="checkbox"/> Prefiere no responder Idioma: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Indio <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Alemán <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Otro _____ | | | | | | |
| Farmacia: _____ | | | | ¿Tiene usted un testamento vital? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| Remitido por (por favor marque una casilla) | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Dr. _____ <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Páginas amarillas <input type="checkbox"/> Otro _____ | | | | | | |
| Otros miembros de la familia que reciben atención aquí | | | | | | |
| Nombre del médico de cabecera | | | | Número de teléfono | | |
| INFORMACIÓN DE PERSONA RESPONSABLE | | | | | | |
| Parte responsable: <input type="checkbox"/> Otro paciente <input type="checkbox"/> Garante <input type="checkbox"/> Él/ella mismo/a | | | | | | <input type="checkbox"/> Marque aquí si la información es la misma del paciente |
| Nombre | | | Dirección | | | Teléfono de casa |
| Fecha de nacimiento / / | | | Correo electrónico | | | () |
| Ocupación | | Empleador | | Dirección del empleador | | Teléfono del empleador |
| | | | | | | () |
| INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO (Muestre su tarjeta de seguro en la recepción, cuando se registre) | | | | | | |
| ¿Esta visita es para algo de lo siguiente? <input type="checkbox"/> COMPENSACIÓN LABORAL (WC) | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> MEDICINA OCUPACIONAL (OM) <input type="checkbox"/> ACCIDENTE EN UN VEHÍCULO MOTORIZADO <input type="checkbox"/> FECHA DEL ACCIDENTE | | | | | | |
| ¿Tiene el paciente cobertura de seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Él/Ella mismo/a <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Él/Ella mismo/a <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro _____ | | | | | | |
| CONTACTO DE EMERGENCIA | | | | | | |
| 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