

Fecha de hoy ____/____/____

FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

| INFORMACIÓN DEL PACIENTE | | | | | | | |
|---|-------------------------|--------------------------|---|---|---|---|--|
| Nombre del Paciente | | Apellido | | Nombre | | Segundo nombre | |
| | | | | | | | |
| ¿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 / / | | |
| | | | | | Teléfono de casa () | | |
| 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: <input type="checkbox"/> F- Estudiante de tiempo completo <input type="checkbox"/> P – Estudiante de tiempo parcial <input type="checkbox"/> N – No es estudiante | | | | | | | |
| Escuela a la que asiste: | | | | | | | |
| 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"/> Se niega a 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 DEL PADRE/MADRE/TUTOR/PERSONA RESPONSABLE | | | | | | | |
| Parte responsable: | | | | | Teléfono de casa | | |
| Nombre | | Dirección | | | | | |
| Fecha de nacimiento / / | | Correo electrónico | | | () | | |
| | | | | | | | |
| Ocupación | Empleador | Dirección del empleador | | | Teléfono del empleador | | |
| | | | | | () | | |
| Información del otro padre/tutor: | | | | | Teléfono de casa | | |
| Nombre | | Dirección | | | | | |
| 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