

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:							
<b>Raza:</b> <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							
<b>Etnia:</b> <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Ni hispano/ ni latino <input type="checkbox"/> Prefiere no responder							
<b>Idioma:</b> <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			
<b>Remitido por (por favor marque una casilla)</b>							
<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:		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		
					( )		
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