

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						
<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"/> Prefiere no 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 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