

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 de casa ()
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						
Nombre		Dirección		<input type="checkbox"/> Marque aquí si la información es la misma del paciente		
Fecha de nacimiento / /		Correo electrónico		Teléfono de casa ()		
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