

LA FORMA DE REGISTRO DEL PACIENTE
 POR FAVOR IMPRIMA Y COMPLETE TODAS LAS ENTRADAS RECEPTIONIST _____
 DATE _____

Información del Paciente

EL NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, NOMBRE, MEDIO)	APELLIDO DE SOLTERA	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
DIRECCIÓN	<input type="checkbox"/> SOLTERA <input type="checkbox"/> CASADA <input type="checkbox"/> DIVORCIADA <input type="checkbox"/> ENVIUDADA	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		
CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL	NÚMERO DE LICENCIA			
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	NÚMERO DE TELÉFONO DE CASA ()	NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR ()		
RAZA <input type="checkbox"/> AMERINDIO o NATURAL DE ALASKA <input type="checkbox"/> ASIÁTICO <input type="checkbox"/> HAWAIANO NATAL U OTRO OCÉANO PACÍFICO <input type="checkbox"/> AMERICANO AFRICANO <input type="checkbox"/> CAUCÁSICO	<input type="checkbox"/> HISPANO <input type="checkbox"/> OTRA RAZA <input type="checkbox"/> OTRO ISLEÑO PACÍFICO <input type="checkbox"/> NO DECLARADA	ÉTNICA <input type="checkbox"/> HISPANO o LATINO <input type="checkbox"/> NO HISPANO o LATINO <input type="checkbox"/> NO DECLARADA	LENGUA <input type="checkbox"/> INGLÉS <input type="checkbox"/> ESPAÑOL <input type="checkbox"/> POLACO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> TRADUCTOR	

NOMBRE DE EMPLEO	OCUPACIÓN	NÚMERO DE TELÉFONO DE TRABAJO ()
DIRECCIÓN DE EMPLEO	¿USTED ES UN ESTUDIANTE? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> TIEMPO PARCIAL	
CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL		

CÓNYUGE o EL NOMBRE DEL GUARDIAN	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO
NOMBRE DE EMPLEO DEL CÓNYUGE o EL GUARDIAN	NÚMERO DE TELÉFONO DEL CÓNYUGE o EL GUARDIAN ()	

¿A QUIÉN PODEMOS AGRADECER POR REFERIRLA A NOSOTROS?	NÚMERO DE TELÉFONO ()
¿QUIÉN ES ECONÓMICAMENTE RESPONSABLE POR EL PAGO?	PAGARÉ CON: <input type="checkbox"/> EFECTIVO <input type="checkbox"/> CHEQUE <input type="checkbox"/> TARJETA DE CRÉDITO

Información de Seguros

EL NOMBRE DEL SUSCRIPTOR: APELLIDO	NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
NOMBRE DE COMPAÑÍA DE SEGURO PRIMARIA	NO. DE IDENTIFICACION	NÚMERO DE GRUPO	NO. DE TELÉFONO DE SEGUROS
DIRECCIÓN	CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL	RELACIÓN AL SUSCRIPTOR	
EL NOMBRE DEL SUSCRIPTOR: APELLIDO	NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
NOMBRE DE COMPAÑÍA DE SEGURO SECUNDARIA	NO. DE IDENTIFICACION	NÚMERO DE GRUPO	NÚMERO DE TELÉFONO ()
DIRECCIÓN	CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL	RELACIÓN AL SUSCRIPTOR	

Información de Contacto en Caso de Emergencia

NOMBRE DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA	RELACIÓN	NÚMERO DE TELÉFONO ()
NOMBRE DE PARIENTE MÁS CERCANO QUE NO VIVE CON USTED	RELACIÓN	NÚMERO DE TELÉFONO ()
MÉDICO PRIMARIO	EL NÚMERO DE TELÉFONO DEL MÉDICO ()	

FIRMA: _____

FECHA: _____