



## Formulario de registro de pacientes

Nombre del Paciente (Apellido): \_\_\_\_\_ (Nombre) \_\_\_\_\_  
Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Numero de Seguridad Social # \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Género: H / M  
Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono (Casa): \_\_\_\_\_ (Celular): \_\_\_\_\_ Teléfono (Trabajo): \_\_\_\_\_  
Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Alergias del Paciente: \_\_\_\_\_  
Contacto de Emergencia del paciente: \_\_\_\_\_ Relación al paciente: \_\_\_\_\_  
Numero de contacto en caso de emergencia: \_\_\_\_\_

### **Información de la parte responsable del paciente**

Nombre de la Persona Responsable(Apellido) \_\_\_\_\_ (Nombre) \_\_\_\_\_  
Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_  
También conocido como (Apellido) \_\_\_\_\_ (Nombre) \_\_\_\_\_  
Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_  
Numero de Seguridad Social# \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Género: H / M Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Teléfono (Casa): \_\_\_\_\_ (Celular): \_\_\_\_\_ Teléfono (Trabajo): \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Relación del paciente a la persona responsable: \_\_\_\_\_

### **Información de seguro médico** Proporcione su tarjeta de seguro a la recepción a tiempo de registrar.

#### ***Seguro primario:***

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Relación del Asegurado con paciente: \_\_\_\_\_  
Nombre del empleador del asegurado: \_\_\_\_\_  
Compañía de Seguro/Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Identificación de Suscriptor (Numero de póliza): \_\_\_\_\_  
Número de Identificación del grupo: \_\_\_\_\_  
Fecha efectiva: \_\_\_\_\_ Fecha de conclusión: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del asegurado \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Numero de Seguridad Social del Asegurado# \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

#### ***Seguro secundario:***

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Relación del Asegurado con paciente: \_\_\_\_\_  
Nombre del empleador del asegurado: \_\_\_\_\_  
Compañía de Seguro/Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Identificación de Suscriptor (Numero de póliza): \_\_\_\_\_  
Número de Identificación del grupo: \_\_\_\_\_



Fecha efectiva: \_\_\_\_\_ Fecha de conclusión: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del asegurado \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Numero de Seguridad Social del Asegurado# \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

***Estoy de acuerdo en que la información proporcionada en este formulario es exacta y actualizada a mi mejor saber y entender.***

Paciente (o Responsable del paciente) Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_