

# registro del paciente

Por favor llenen la forma completa.

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_  
Primer nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: M / F (marque uno) Número de seguro social: \_\_\_\_\_

Ciudadanía E.U.: Sí / No (marque uno) Religión (opcional) : \_\_\_\_\_ El lenguaje más usado en casa: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono en casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Síntomas: \_\_\_\_\_

Enfermo(a) desde: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Accidente: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Accidente de auto: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Doctor primario: \_\_\_\_\_ Doctor que lo recomendó: \_\_\_\_\_

## Información de los padres o guardián legal

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre legal \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro social: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre legal \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro social: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

## Contacto de emergencia fuera de la casa

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**NOTA: Por favor traiga su licencia de manejar y la tarjeta del seguro médico del paciente.**

