

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.

CookChildren's