

registro del paciente

Fecha: _____ Nombre del Paciente: _____
Nombre legal Inicial/Segundo nombre Apellido

Religión (opcional): _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de seguro social: _____ Sexo: M F

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 del papá: _____ Fecha de nacimiento: _____
Nombre legal Inicial/Segundo nombre Apellido

Dirección: _____

Seguro social: _____ Empleador: _____ Teléfono del trabajo: _____

Celular: _____ Teléfono en casa: _____

Nombre de la mamá: _____ Fecha de nacimiento: _____
Nombre legal Inicial/Segundo nombre Apellido

Dirección: _____

Seguro social: _____ Empleador: _____ Teléfono del trabajo: _____

Celular: _____ Teléfono en casa: _____

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