

Registro de Paciente

Médico: _____ Fecha: _____

Sección A: Información de Paciente

Legal nombre de Paciente: Primero _____ MI _____ Apellido _____

Dirección de casa _____ Ciudad _____ Estado _____ Postal _____

Número de teléfono _____ teléfono Móvil _____ Misc teléfono # _____ Tipo? _____

Fecha de nacimiento _____ Número de Seguro Social _____ Sexo M _____ F _____ Estado Civil _____

(Si deja en blanco = declinar)

Dirección de correo electrónico _____ Método de contacto preferido: casa (círculo uno) del teléfono celular [] correo electrónico []

Empresario de paciente _____ Número de teléfono _____

Dirección de Empresario _____ Ciudad _____ Estado _____ Postal _____

Contacto de emergencia

En caso de emergencia, contacto por favor _____

Relación al paciente _____ Número de teléfono _____

Sección B: Información de Garante (Grupo de reponsable)

Legal nombre de Garante: Primero _____ MI _____ Apellido _____

Dirección de casa _____ Ciudad _____ Estado _____ Postal _____

Número de teléfono _____ Móvil de teléfono _____ Número de Seguro Social _____

Empresario de Garante _____ Número de licencia _____

Dirección de Empresario _____ Ciudad _____ Estado _____ Postal _____

Sección C: Información de seguro

Please provide a current copy of your insurance card

Nombre de Seguro _____ Relación paciente al suscriptor: Auto cónyuge niño otro

Number de suscriptor _____

Número de Social Seguridad de Suscriptor _____ Fecha de nacimiento de Suscriptor _____

Empresario de Suscriptor _____ Número de teléfono _____

Enumera alguno otro seguro de médico por favor _____