

## REGISTRO DE PACIENTES

### DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE

Apellido

Nombre Inicial

Nombre/pronombres preferidos

Sexo

Fecha de nacimiento Edad

Estado civil  Soltero(a)  Viudo(a)  Separado(a)  Casado(a)  Divorciado(a)

Idioma preferido

Dirección línea 1

Dirección línea 2

Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono principal  hogar  celular  trabajo

Número secundario  hogar  celular  trabajo

Correo electrónico

Médico de atención primaria

Número de teléfono del médico de atención primaria

Médico derivante

Número de teléfono del médico derivante

### INFORMACIÓN DE LA FARMACIA

Información de la farmacia

Dirección

Número de teléfono

### SITUACIÓN LABORAL DEL PACIENTE

Situación laboral  Empleado(a) de tiempo completo

Empleado(a) de tiempo parcial  Jubilado(a)  Desempleado(a)

Empleador

Ocupación

Dirección línea 1

Dirección línea 2

Ciudad Estado Código postal

¿Es usted veterano de guerra?  Sí  No

Fecha

### GARANTE

Nombre del garante

Relación con el paciente

Dirección línea 1

Dirección línea 2

Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono  hogar  celular  trabajo

Fecha de nacimiento Sexo

### SITUACIÓN LABORAL DEL GARANTE (Si no es del paciente)

Empleador

Ocupación

Dirección línea 1

Dirección línea 2

Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono laboral, extensión

### SEGURO (Presente la tarjeta del seguro)

Seguro principal

Nombre del suscriptor

Número de la póliza Número del grupo

Seguro secundario

Nombre del suscriptor

Número de la póliza Número del grupo

### CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre

Relación con el paciente

Dirección línea 1

Dirección línea 2

Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono principal  hogar  celular  trabajo

Número de teléfono secundario  hogar  celular  trabajo

¿Esta visita al consultorio es el resultado de un accidente automovilístico o una lesión relacionada con el trabajo?  Sí  No