



Forma de Information del Paciente

Fecha _____ # Seguro Social _____

Nombre de médico de cabecera _____ Nombre de médico de referencia _____

Señorita Sra. Sr. (Estado Civil : Soltero(a) Casado(a) Div Sep Viudo(a) Pareja de vida)

Nombre _____ <small>Primero Segundo Apellido</small>	Fecha de Nacimiento _____ Edad _____
Dirección _____	Condado _____
Cuidad _____	Estado _____ Código postal _____
Correo electrónico _____	Empleador _____
Teléfono de casa _____	Ocupación _____
Número de celular _____	Número del trabajo _____

Language preferido

- Inglés
- Español
- Desconocido
- Otro

Origen étnico

- Hispano o Latino
- No Hispanic o Latino
- Rehusar o Declinar

Raza

- Nativo de Alaska
- Indio Americano
- Asiático
- Africano-Norte americano
- Blanco (a)
- Nativo de Hawaii u otro Islas del Pacífico
- Multiracial
- Rehusar o Declinar

Paciente Nuevo : Cómo aprendio de nuestra oficina?

O médico de cabecera O Familiar O Amigo O Paginas Amarillas O Lista de seguro médico O Otro _____

INFORMACION DE SEGURO MEDICO

Seguro Principal _____	Seguro Secundario _____
# de ID Principal _____	# de ID Secundario _____
Nombre de titular de póliza _____	Nombre de titular de póliza Secundario _____
Relación _____ Fecha de nacimiento _____	Relación _____ Fecha de nacimiento _____
Plan de visión _____	

Estudiantes o menor de 18 años de edad.

Nombre de persona economicamente responsable _____ Relación _____
 Dirección _____
 Teléfono _____ Número Alternativo _____

Contacto de Emergencia

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

COMUNICADO DE PRIVACIDAD: Debido a la regulaciones de privacidad, Se requiere permiso antes de compartir información con otras personas. Si usted tiene alguien que puede comunicarse con nosotros de parte de usted para informarle de su salud, porfavor ponga su nombre debajo.

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____
 Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Farmacia de preferencia _____

No da permiso a dejar una confirmación de su cita en su contestador automático? O Sí O NO

Firma _____