

**FORMULARIO DE REGISTRO - (USE LETRA DE MOLDE)**

<b>Fecha:</b>	Apellido del <b>médico de atención primaria:</b>	Nombre:	Segundo nombre:	Tel. del médico de atención primaria:
---------------	--	---------	-----------------	---------------------------------------

**INFORMACIÓN DEL/A PACIENTE**

<b>Apellido del paciente:</b>	<b>Nombre:</b>	Segundo nombre:	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra.	<input type="checkbox"/> Srta. <input type="checkbox"/> Srta.	<b>Estado civil (encierra en un círculo una de las opciones)</b> <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Cas. <input type="checkbox"/> Div. <input type="checkbox"/> Sep. <input type="checkbox"/> Viu.
¿Este es su nombre legal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	De no ser así, ¿cuál es su nombre legal?	(Nombre anterior):	<b>Fecha de nacimiento:</b> / /	<b>Edad:</b>	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<b>Raza:</b>	<b>Origen étnico:</b>	Preferencia religiosa:			
<b>Correo electrónico:</b>	Idioma:		¿Necesita intérprete?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<b>Dirección:</b> N.º de depto.	<b>Seguro Social:</b>		<b>Teléfono de casa:</b> ( )		
<b>Apartado postal:</b>	<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	<b>Código postal:</b>	<b>Teléfono celular:</b> ( )	
<b>Situación laboral:</b> <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Desempleado/a <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Otro:		<b>Empleador:</b>	<b>Teléfono del trabajo:</b> ( )		
		¿En qué número prefiere recibir recordatorios de sus citas?			
<b>Situación laboral:</b>		<b>Empleador:</b>		<b>Teléfono del empleador:</b> ( )	
<b>Nombre de su farmacia</b>			<b>Teléfono de la farmacia:</b> ( )		
¿Cómo supo de nosotros?					

**INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO**

(Favor de entregar su tarjeta del seguro e identificación a la recepcionista)

Persona responsable de la factura:	Fecha de nacimiento: / /	Dirección (en caso de ser diferente a la del paciente):	<b>Teléfono de casa:</b> ( )
			<b>Teléfono celular:</b> ( )
Ocupación:	Empleador:	Dirección del empleador:	<b>Teléfono del empleador:</b> ( )

<b>SEGURO PRINCIPAL</b>	<b>SEGURO SECUNDARIO</b>
Nombre del seguro principal: _____	Nombre del seguro secundario: _____
Nombre del suscriptor: _____	Nombre del suscriptor: _____
Seguro Social del suscriptor: _____	Seguro Social del suscriptor: _____
Fecha de nacimiento: _____	Fecha de nacimiento: _____
Grupo: _____	Grupo: _____
No. de póliza: _____	No. de póliza: _____
Copago: \$ _____	Relación del paciente con el suscriptor:
<b>Relación del paciente con el suscriptor:</b> <input type="checkbox"/> Mismo <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otra	<input type="checkbox"/> Mismo <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otra

**EN CASO DE EMERGENCIA**

Nombre de un amigo o familiar local (que no viva en el mismo domicilio):	<b>Relación con el paciente:</b>	<b>Teléfono de casa:</b> ( )
		<b>Teléfono del trabajo:</b> ( )
		<b>Teléfono celular:</b> ( )

La información proporcionada anteriormente es verdadera a mi leal saber y entender. Autorizo que los beneficios de mi seguro le sean pagados directamente al médico. Entiendo que yo soy financieramente responsable del saldo. También autorizo a mi compañía aseguradora a divulgar la información necesaria para procesar mis reclamaciones. Por este medio me doy por enterado del aviso de políticas y prácticas de privacidad de esta clínica.

 \_\_\_\_\_  
**Firma del paciente/tutor**

 \_\_\_\_\_  
**Fecha**