

## Información del Paciente

POR FAVOR, LLENE

Fecha/Hora de la Cita: \_\_\_\_\_ Cita Dr: \_\_\_\_\_ Dr Primario: \_\_\_\_\_ Número de cuenta: \_\_\_\_\_

### Información demográfica

Apellidos \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Apellido de soltera/anterior: \_\_\_\_\_

Teléfono residencial: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Dirección del empleador: \_\_\_\_\_

Farmacia preferida : \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Raza:  Indio Americano  Asiático  Afroamericano  Caucásico  Otro  No desea informar

Etnia:  Hispano  No hispano  No desea reportar

Idioma: \_\_\_\_\_

### Información de seguros médicos

Por favor, entregue su(s) tarjeta(s) de seguro a la persona en la recepción.

Responsable de la factura: \_\_\_\_\_

Dirección (si es diferente del paciente): \_\_\_\_\_

Teléfono residencial: \_\_\_\_\_ ¿Es esta persona un paciente aquí?  Sí  No

Seguro Primario: \_\_\_\_\_ Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del suscriptor: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social del Suscriptor: \_\_\_\_\_

Política No: \_\_\_\_\_ Group No: \_\_\_\_\_

Relación del paciente con el suscriptor: \_\_\_\_\_

Seguro Secundario: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del suscriptor: \_\_\_\_\_ SSN del suscriptor: \_\_\_\_\_

Política No: \_\_\_\_\_ No de grupo: \_\_\_\_\_

Relación del paciente con el suscriptor: \_\_\_\_\_

### En caso de emergencia

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_