



Formulario de registro del paciente

Apellido del paciente: _____ Número del seguro social: _____
Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Sexo: M F
Dirección: _____ Raza:
Ciudad, estado, código postal _____ Indio americano o natural de Alaska
Estado civil: Soltero Casado Viudo Nativo de Hawái/Islands del Pacífico
 Separado Divorciado Otro: _____ Negra o afroamericana Blanca
Idioma principal: Ing Esp Otro: _____ Asiática Paciente se negó
Teléfono residencial: _____ Etnia: Hispano o latino
Teléfono celular: _____ No hispano o latino
Correo electrónico: _____ Paciente se negó

Mejor manera de comunicarse con usted: Teléfono residencial Teléfono celular
 Correo electrónico Otra: _____

Cómo se enteró de nosotros: Familia/Amigo Seguro Sitio web Redes sociales
 Publicidad Otro: _____

Situación de empleo: Horario completo Horario parcial Cuenta propia Jubilado
 Desempleado Estudiante Militar activo

Empleador: _____
Dirección: _____ Ciudad, estado, código postal _____
Teléfono del trabajo: _____

Contactar en caso de emergencia:

Apellido: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Dirección: _____
Nombre: _____ Ciudad, estado, código postal: _____
Relación: _____ Teléfono principal: _____

Información del seguro (Entregue las tarjetas al representante de servicio al paciente)

Seguro principal: _____
Seguro secundario: _____
 Sin seguro: Pago por cuenta propia:

Titular del seguro

Apellido: _____
Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____
Fecha de nacimiento: _____ Número del seguro social: _____
Teléfono principal: _____ Sexo: M F
Relación: _____

Farmacia local

Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad, estado, código postal _____

Farmacia por correo

Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad, estado, código postal: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____