REGISTRO DEL PACIENTE

Apellidos: _____ Nombre: _____ Inicial Segundo Nombre: ___

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____

Dirección: _____ Apartamento/Número de unidad: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____ Correo electrónico: _____

Padre/Madre o Contacto 1

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ ¿Vive con el paciente? Sí ☐ No: ☐ _____

Teléfono del trabajo: _____ Teléfono celular: _____

Correo electrónico personal: _____

Correo electrónico del trabajo: _____

Padre/Madre o Contacto 2

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ ¿Vive con el paciente? Sí No: _____

Teléfono del trabajo: _____ Teléfono celular: _____

Correo electrónico personal: _____

Correo electrónico del trabajo: _____

Seguro Médico

Nombre del titular del seguro: _____

Fecha de Nacimiento del titular del seguro: _____

Nombre de la Compañía de Seguro Médico: _____

Dirección del seguro: _____

Numero de Identificacion del miembro: _____

Número de grupo/categoría: _____

Monto del copago ($): _____ Fecha de vigencia del seguro: _____

Contacto de Emergencia

Nombre y relación: _____/_____ Teléfono: _____

Información de la Farmacia

Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

La información que he proporcionado es correcta y verdadera según mi leal saber y entender. Entiendo que será mantenida en la más estricta confidencialidad y que es mi responsabilidad informar a esta oficina sobre cualquier cambio en el estado médico de mi hijo/a.

Firma del paciente o padre/madre/representante legal: _____
Fecha: _____