



FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

Apellidos: _____ Nombre: _____
Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Email: _____
Dirección: _____ Apartamento: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono de Casa: _____ Teléfono de Celular: _____

PADRE/MADRE o Contacto 1:

Nombre: _____ Relación Con el Paciente: _____
Fecha de nacimiento: _____ ¿Vive Con el Paciente? ☐ Si ☐ No
Teléfono Celular: _____ E-mail: _____

PADRE/MADRE o Contacto 2:

Nombre: _____ Relación Con el Paciente: _____
Fecha de nacimiento: _____ ¿Vive Con el Paciente? ☐ Si ☐ No
Teléfono Celular: _____ E-mail: _____

SEGURO MEDICO:

Nombre de la Aseguradora: _____ Dirección: _____
Nombre Y Fecha de Nacimiento del Titular del Seguro: _____
Número de ID del Miembro: _____ Número del Grupo: _____
Monto del Copago \$: _____ Fecha de Vigencia: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

INFORMACIÓN DE LA FARMACIA:

Nombre: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____

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 o Representante Legal

Fecha