



# Formulario de Registración de Paciente

No. de Cuenta	Fecha Entrado
Reg. Por	Sitio de Oficina
<input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Cambio   Cambio de Información:	

Por favor complete esta forma para asegurar facturación apropiada por sus servicios. **Favor de Imprimir.** Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

## Información de Paciente

Apellido de Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ MN: \_\_\_\_\_

Otro Nombre: \_\_\_\_\_

Estado Civil:    Soltero/a    Casado/a    Viudo/a  
 Separado/a    Divorciado/a    Otro

Dirección 1: \_\_\_\_\_

Dirección 2: \_\_\_\_\_

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

Método preferido para contactar:    Teléfono Alternativo  
 Correo Electrónico    Carta    Llamada (Celular)    Llamada (Casa)

# de Lic. de Manejar \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Estado de Empleado:    Empleado Tiempo Completo  
 Empleado Tiempo Medio    Desempleado    Discapacitado  
 Ama de Casa    Estudiante    Militar Activo  
 Empleado Si Mismo    Otro \_\_\_\_\_

Lenguaje:    Ingles    Español    Otro \_\_\_\_\_

No. de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:    M    F

Etnicidad: (por favor elija uno de los siguientes):  
 Indígena Americano o Nativo de Alaska  
 Negro o Africano Americano    Nativo de Hawaiana/Isleño Pacífico  
 Blanco    Asiático    Paciente se negó

Étnica:    Hispano o Latino    No Hispano o Latino  
 Paciente se negó

Teléfono de Casa: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Teléfono Alternativo: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Teléfono de Trabajo: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## Información de Aseguranza (Una forma separada es requerida para compensación al trabajador, responsabilidad automovilística, o servicio legal.)

**PORTADOR PRIMARIO:** \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Grupo/Plan #: \_\_\_\_\_ Fecha Efectiva: \_\_\_\_\_

Suscriptor Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_ Sexo:    M    F

Empleador de Suscriptor: \_\_\_\_\_

**PORTADOR SECUNDARIO:** \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Grupo/Plan #: \_\_\_\_\_ Fecha Efectiva: \_\_\_\_\_

Suscriptor Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_ Sexo:    M    F

Empleador de Suscriptor: \_\_\_\_\_

Medico de Atención Primaria: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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

# de Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre de Farmacia, Dirección & # de Teléfono: \_\_\_\_\_

# de Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

ID/Cert #: \_\_\_\_\_

Nombre de Suscriptor: \_\_\_\_\_

Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

# de Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

ID/Cert #: \_\_\_\_\_

Nombre de Suscriptor: \_\_\_\_\_

Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

Médico que Referido (si es diferente): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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

# de Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_