



Formulario de Registro del Paciente

Apellido	Nombre	Segundo Nombre	También conocido como	Fecha de Nacimiento	Fecha
Domicilio		Ciudad, Estado, Código Postal			MRN/ACCT #
No. de Casa	No. de Trabajo	No. de Celular	Sexo	Estado Civil	#de Seguro Social
Correo Electrónico:		Nombre del Empleador:			
		Domicilio, Ciudad, Estado y CP:			
Contacto de Emergencia/Nombre del otro pariente (Relación):					
No. de Teléfono del Contacto de Emergencia			No. de Trabajo	No. de Celular	

POR FAVOR COMPLETE LA SIGUIENTE SECCIÓN SI EL GARANTE ES DIFERENTE AL PACIENTE

Apellido	Nombre	Segundo Nombre	Relación con el Paciente		
Domicilio		Ciudad	Estado	Código Postal	
No. de Casa	No. de Trabajo	No. de Seguro Social		Fecha de Nacimiento	Sexo

SEGURO MEDICO PRIMARIO

SEGURO MEDICO SECUNDARIO

Nombre del Seguro Médico		Nombre del Seguro Médico	
Domicilio de Reclamos del Seguro Médico		Domicilio de Reclamos del Seguro Médico	
Nombre del Suscriptor	No. de grupo	Nombre del Suscriptor	No. de grupo
No. de Identificación	Fecha de Nacimiento	No. de Identificación	Fecha de Nacimiento
Relación con el paciente al suscriptor Si mismo <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		Relación con el paciente al suscriptor: Si mismo <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	

Compensación al Trabajador/ Otro Seguro Médico

Nombre del Seguro Médico	Nombre del Suscriptor	No. de Identificación
Domicilio de Reclamos del Seguro Médico	No. de grupo	Fecha de Nacimiento

Raza – White <input type="checkbox"/> Indígena Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u Otro Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Declinar <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>
Clasificación Étnica – Non-Hispanic or Latino <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No-Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Declinar <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>
Idioma – or Por favor imprima en el idioma preferido:

Yo, _____, verifico que lo anterior está correcto.

(Firma del Paciente)

Fecha en que se firmó: _____