

## Registró de pacientes

**Nombre legal del paciente:** \_\_\_\_\_ Nombre preferido: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: F / M  
Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_

### Información de la persona encargada

**Nombre del padre:** \_\_\_\_\_ Estado civil: S / C / V / D  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_  
Número primario: \_\_\_\_\_ Número de celular: \_\_\_\_\_  
Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Número de licencia de manejar: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Nombre de la madre:** \_\_\_\_\_ Estado civil: S / C / V / D  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_  
Número primario: \_\_\_\_\_ Número de celular: \_\_\_\_\_  
Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Número de licencia de manejar: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Quien tiene la custodia del paciente? \_\_\_\_\_  
La información puede ser compartida con una persona no legal del paciente: Si / No

### Información de emergencia:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_  
Número primario: \_\_\_\_\_ Número de celular/trabajo: \_\_\_\_\_

### Información de seguro primario:

Nombre del la persona principal del seguro: \_\_\_\_\_  
Seguro Social de la persona principal del seguro: \_\_\_\_\_  
Número de identificación del seguro: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento de la persona principal del seguro: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_  
Nombre del seguro: \_\_\_\_\_

### Información de seguro secundario:

Nombre del la persona principal del seguro: \_\_\_\_\_  
Seguro Social de la persona principal del seguro: \_\_\_\_\_  
Número de identificación del seguro: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento de la persona principal del seguro: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_  
Nombre del seguro: \_\_\_\_\_