

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: _____