

REGISTRO DE PACIENTE

ID: _____ Chart ID: _____

Nombre: _____ Apellido: _____

Paciente es: Titular de Póliza Persona responsable Nombre preferido: _____

Persona responsable (si es otra persona)

Nombre: _____ Apellido: _____

Dirección: _____ Dirección 2: _____

Ciudad, Estado: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Ext: _____ Celular: _____

Fecha de nacimiento: _____ Soc Sec: _____ Licencia: _____

La persona responsable es: también titular de la póliza del paciente Titular de la póliza del seguro primario Titular de la póliza del seguro secundario

Información del paciente

Dirección: _____ Dirección 2: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Ext: _____ Celular: _____

Sexo: Hombre Mujer Estado Civil: Casado(a) Soltero(a) Divorciado(a) Separado(a) Viudo(a)

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Soc Sec: _____ Licencia: _____

Correo electrónico: _____ Deseo recibir correspondencia por correo electrónico

Sección 2

Sección 3

Empleo: Tiempo completo Tiempo parcial Jubilado(a)

Estudiante: Tiempo completo Tiempo parcial

ID Medicaid: _____ Dentista Preferido: _____

ID Empleador: _____ Farmacia Preferida: _____

ID Aseguradora: _____

Número de emergencia _____
Nombre del tutor _____
Teléfono adicional _____
Telefono Escuela _____
número de asistente social _____

Seguro Principal

Nombre del asegurado: _____ Relación con el asegurado: Propio Cónyuge Hijo(a) Otro

Seguro Sec: _____ Fecha de nacimiento: _____

Empleador: _____ Compañía: _____

Dirección: _____ Dirección: _____

Dirección 2: _____ Dirección 2: _____

Ciudad, Estado: _____ Ciudad, Estado: _____

Beneficios \$ _____ Deducible \$ _____

Seguro Secundario

Nombre del asegurado: _____ Relación con el asegurado: Propio Cónyuge Hijo(a) Otro

Seguro Sec: _____ Fecha de nacimiento: _____

Empleador: _____ Compañía: _____

Dirección: _____ Dirección: _____

Dirección 2: _____ Dirección 2: _____

Ciudad, Estado: _____ Ciudad, Estado: _____

Beneficios \$ _____ Deducible \$ _____