



Información del paciente

Paciente Médico de cabecera: _____

Apellido: _____ Primer: _____ Segundo: _____

Fecha de nacimiento: ___/___/___ Sexo: M / F # Seguro Social: ___ - ___ - ___

Hermanos: _____

Dirección línea 1: _____ Teléfono principal: Casa Celular

Dirección línea 2: _____ Teléfono de la casa: (___) ___ - ___

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ # celular: (___) ___ - ___

Madre/tutor legal Parentesco: _____

Apellido: _____ Primer: _____ Segundo: _____

Fecha de nacimiento: ___/___/___ Sexo: Male Female # Seguro Social: ___ - ___ - ___ Estado Civil ___

Dirección línea 1: _____ Teléfono principal: Casa Celular

Dirección línea 2: _____ Teléfono de la casa: (___) ___ - ___

Ciudad: _____ Teléfono celular (___) ___ - ___

Estado: _____ Código postal: _____ Está bien dejar mensaje: (Sí/ No)

Empleador: _____

Dirección: _____ Correo electrónico: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ # del trabajo: (___) ___ - ___

Padre/Tutor legal Parentesco: _____

Apellido: _____ Primer: _____ Segundo: _____

Fecha de nacimiento: ___/___/___ Sexo: Male Female # Seguro Social: ___ - ___ - ___ Estado Civil ___

Dirección línea 1: _____ Teléfono principal: Casa Celular

Dirección línea 2: _____ Teléfono de la casa: (___) ___ - ___

Ciudad: _____ Teléfono celular (___) ___ - ___

Estado: _____ Código postal: _____ Está bien dejar mensaje: (Sí/ No)

Empleador: _____

Dirección: _____ Correo electrónico: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ # del trabajo: (___) ___ - ___

Contacto de Emergencia (Que no sea uno de los padres o tutores legales) Parentesco: _____

Apellido: _____ Primer: _____ Segundo: _____

Dirección: _____ Teléfono de la casa: (___) ___ - ___

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono celular: (___) ___ - ___

Paciente

Raza: Amerindio/Nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano Hispano Blanco Otra

Etnicidad: No hispano Hispano/Latino Rehusó reportar

Idioma preferida para hablar de los cuidados médicos: inglés español otra _____

Información del seguro médico (principal)

Apellido del asegurado: _____ Prime: _____ Seg: _____
Parentesco con el paciente: _____ D.O.B.: ___/___/___ # Seguro Social: ___-___-___
Dirección del asegurado: _____ Teléfono: (___) ___ - ___
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: : _____
Nombre del seguro: _____ Fecha de validez: ___/___/___
Nombre del empleador: _____

Información del seguro médico (secundario)

Apellido del asegurado: _____ Primer: _____ Seg: _____
Parentesco con el paciente: _____ Fecha de nacimiento: : ___/___/___ # Seguro Social: ___-___-___
Dirección del asegurado: _____ Teléfono: (___) ___ - ___
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Nombre del seguro: _____ Fecha de validez: ___/___/___
Nombre del empleador: _____

Farmacia

1) Nombre: _____ Teléfono: (___) ___ - ___
Dirección: _____
2) Nombre: _____ Teléfono: (___) ___ - ___
Dirección: _____

Comunicación preferida

Llamada por teléfono:
Mensajes texto:
Teléfono de preferencia: (___) ___ - ___
Idioma de preferencia: inglés español
Hora preferida para llamadas: mañana tarde noche
Enviar cartas de recuerdo/seguimiento:
Enviar correos electrónicos de recuerdo/seguimiento:

Tipo de recuerdos/seguimiento:
Seleccione todos
Citas
Resultados de laboratorios
Mantenimiento de salud
Confirmación de recetas
Notificación general

Firma de padre/tutor legal

Parentesco

Fecha