

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: <input type="checkbox"/> ¿Está bien dejarle un mensaje? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tipo de recuerdos/seguimiento:
Mensajes texto: <input type="checkbox"/>	Seleccione todos <input type="checkbox"/>
Teléfono de preferencia: (___) _____ - _____	Citas <input type="checkbox"/>
Idioma de preferencia: <input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> español	Resultados de laboratorios <input type="checkbox"/>
Hora preferida para llamadas: <input type="checkbox"/> mañana <input type="checkbox"/> tarde <input type="checkbox"/> noche	Mantenimiento de salud <input type="checkbox"/>
Enviar cartas de recuerdo/seguimiento: <input type="checkbox"/>	Confirmación de recetas <input type="checkbox"/>
Enviar correos electrónicos de recuerdo/seguimiento: <input type="checkbox"/>	Notificación general <input type="checkbox"/>

Firma de padre/tutor legal

Parentesco

Fecha