



FORMULARIO DE REGISTRACION DEL PACIENTE

FAVOR USAR LETRA DE IMPRENTA. LLENAR EL FORMULARIO COMPLETO. SI NO APLICA, N/A.

Nombre: Apellido, Inicial		Apodo:	FECHA:
Si Es Menor De Edad, Nombre De La Persona Responsable:		Sexo:	
Estado Civil: Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/>		Numero Del Seguro Social:	
Direccion De Domicilio:		Ciudad:	Estado:
Telefono:		Zona Postal:	
Celular:		Telefono Del Trabajo:	
Via De Contacto: Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/>	Recordar Cita: Telefono <input type="checkbox"/> Text <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/>	Como Se Entero De Nosotros? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Direccion Electronica:		Participaria En Nuestra Encuesta Para Servirle Mejor? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Lugar De Trabajo:			
Nombre De Su Medico:		Telefono:	
Medico Que Lo Recomendó:		Telefono:	
Farmacia Preferida:	En Caso De Emergencia:	Telefono:	
Raza	Idima	Origen	<input type="checkbox"/> Opcional

Informacion Del Seguro Medico

Seguro Medico	Numero De Poliza	
Nombre O Numero De Grupo	Nombre Del Asegurado	Fecha De Nacimiento:
Seguro Adicional	Nombre O Numero De Grupo	Parentesco Con El Asegurado

Informacion Del Seguro Para Examen De vision

Seguro Para La vision	
Nombre Del Asegurado	Parentesco Con El Asegurado:

*****Atencion! Exámenes y Tratamientos medicos no estan cubiertos por el Plan de Seguro Rutinario de la Vision. Reconozco que la Informacion Suministrada es Completa y Correcta**

Firma Del Paciente O Responsable

En Letra De Imprenta

Fecha

Favor Compartir la Informacion Protegida De Mi Salud Con Las Siguietes Personas (PHI)

Nombre	Parentesco
Nombre	Parentesco