

REGISTRO DE PACIENTES

Paciente _____ Fecha _____

Dirección _____

Ciudad, estado, código postal _____

Teléfono fijo _____ Teléfono del trabajo _____ Teléfono celular _____

Correo electrónico _____ ¿Con qué frecuencia revisa el correo electrónico? _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Sexo: Masculino Femenino

Idioma n.º 1 _____ Idioma n.º 2 _____

Raza _____ Etnia _____

Número del Seguro Social _____ Estado civil: Soltero Casado Divorciado Viudo

Nombre de la farmacia _____ Número de teléfono _____

Dirección _____

El médico de atención primaria _____ Número de teléfono _____

Dirección _____

El médico que lo remitió _____ Número de teléfono _____

Dirección _____

Pariente o amigo al que podamos llamar si no podemos comunicarnos con usted:

Nombre _____ Número de teléfono _____

Relación con el paciente _____

Persona que tiene poder legal para sus asuntos de salud, si corresponde:

Nombre _____ Número de teléfono _____

Seguro médico a nombre del paciente

Plan _____

Número de identificación _____

Plan _____

Número de identificación _____

HRA/HAS Sí No

Número de cuenta _____

Seguro médico a nombre de otro

Plan _____

Número de identificación _____

Nombre del asegurado _____

Fecha de nacimiento del asegurado _____

Relación con el paciente _____

Empleo del paciente (o del asegurado)

¿Empleado? Sí No Jubilado

Fecha de jubilación _____

Ocupación _____

Empleador _____

Cantidad total de empleados, si se conoce _____

Dirección del trabajo _____

Ciudad, estado, código postal _____

Teléfono del trabajo _____

Empleo del cónyuge

¿El cónyuge tiene empleo Sí No Jubilado

Fecha de jubilación _____

Ocupación _____

Empleador _____

Cantidad total de empleados, si se conoce _____

Dirección del trabajo _____

Ciudad, estado, código postal _____

Teléfono del trabajo _____

Si su afección actual es el resultado de una lesión:

Fecha de la lesión _____

¿La lesión está relacionada con un accidente? Sí No

¿La lesión está relacionada con el trabajo? Sí No

Nombre de contacto del seguro por accidentes laborales:

Número de teléfono _____

¿Demanda por lesiones personales? Sí No

Nombre del abogado _____

Número de teléfono _____

Aseguradora _____

Número de teléfono _____