



## Formulario de Registro del Paciente

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Número de Seguridad Social \_\_\_\_\_ Genero  Varon  Hembra

Dirreccion \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono Móvil \_\_\_\_\_

Correo Electronico \_\_\_\_\_

Método Preferido de Comunicación  Casa  Cellular  Texto  Correo electrónico

Garante (si el paciente es menor de edad) \_\_\_\_\_

Relacion al Paciente \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Relación al Paciente \_\_\_\_\_

Médico de Atención Primaria \_\_\_\_\_

Nombre de Oficina/facilidad \_\_\_\_\_

Medico de Referencia \_\_\_\_\_

Nombre de Oficina/facilidad \_\_\_\_\_

Pharmacia \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_

Aseguransa Primaria \_\_\_\_\_

Numero de Poliza \_\_\_\_\_

Aseguransa Secundaria \_\_\_\_\_

Numero de Poliza \_\_\_\_\_