



## INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ No. de Seguro \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Domicilio particular \_\_\_\_\_ Direccion para correo \_\_\_\_\_

Ciudad / Estado / Codigo Postal \_\_\_\_\_ No. de Telefono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

No. de Telefono alternative (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ ( ) Soltera/o ( ) Casada/o ( ) Divorciada/o ( ) Enviudada/o

Vocacion \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_ No. de Trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_ Preferencia religiosa \_\_\_\_\_

Como se entero de nuestra de nuestra oficina? ( ) Guia telefonica ( ) Comerciales ( ) Amigo ( ) Familia ( ) Otro \_\_\_\_\_

### Informacion del Esposo o Adulto si el paciente es menor de edad.

Nombre \_\_\_\_\_ Parentezco al paciente \_\_\_\_\_ No. de Seguro (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_ No. de trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### En caso de emergencia a quien notificamos?

Nombre \_\_\_\_\_ No. del telefono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Parentezco \_\_\_\_\_

### Aseguranza Principal: Favor de anotar los datos de la persona asegurada. (Necesitamos tomar una copia de su taretta)

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_ No. de Telefono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

No. de Identificacion o numero de Seguro \_\_\_\_\_ Group Number \_\_\_\_\_

### Aseguranza Secundaria: Favor de anotar los datos de le persona asegurada

Nombre \_\_\_\_\_ Feche de nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_ No. de Telefono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

No. de Identificacion o numero de Seguro \_\_\_\_\_ Group Number \_\_\_\_\_

### Allergias

**Por favor anote abajo los nombres de medicamentos a los cuales a tenido sintomas alergicas:** ( ) Desconozo tener allergies

Allergia \_\_\_\_\_ Sintomas \_\_\_\_\_

Allergia \_\_\_\_\_ Sintomas \_\_\_\_\_

Allergia \_\_\_\_\_ Sintomas \_\_\_\_\_

(o de un adulto si el paciente tiene menos de 18 anos)