



REGISTRO DE PACIENTES

INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Nombre:		DOB:	Género: M/F
Dirección:		Ciudad:	Estado: Código Postal:
Teléfono #:	SSN:		
GUARDIAN #1 RELACIÓN DE INFORMACIÓN CON EL PACIENTE:			
Nombre:		DOB:	SSN:
Dirección:		Ciudad:	Estado: Código Postal:
Teléfono #:	Suplente #:	¿Acepta recibir notificaciones por mensaje de texto? Sí / No	
Correo electrónico:		¿Consentimiento para recibir notificaciones por correo electrónico? Sí / No	
Empleador:	Ocupación:		
GUARDIAN #2 RELACIÓN DE INFORMACIÓN CON EL PACIENTE:			
Nombre:		DOB:	SSN:
Dirección:		Ciudad:	Estado: Código Postal:
Teléfono #:	Suplente #:	¿Acepta recibir notificaciones por mensaje de texto? Sí / No	
Correo electrónico:		¿Consentimiento para recibir notificaciones por correo electrónico? Sí / No	
Empleador:	Ocupación:		
CONTACTO DE EMERGENCIA RELACIÓN CON EL PACIENTE:			
Nombre:		Teléfono #:	Suplente #:
SEGURO PRIMARIO: (círculo uno) PRIVADO / MEDICAID / EFECTIVO			
Nombre del seguro:			
Titular del seguro:			DOB:
Póliza de seguro #:	Grupo #:	Teléfono del seguro #:	
SEGURO SECUNDARIO: (círculo uno) PRIVADO / MEDICAID / EFECTIVO			
Nombre del seguro:			
Titular del seguro:			DOB:
Póliza de seguro #:	Grupo #:	Teléfono del seguro #:	

RECONOZCO QUE LA INFORMACIÓN INDICADA ANTERIORMENTE ES CORRECTA Y A MI LEAL SABER Y ENTENDER.
ES MI RESPONSABILIDAD ACTUALIZAR ESTE DOCUMENTO EN CASO DE CUALQUIER CAMBIO.

Nombre impreso del guardián

Fecha de firma del guardián