



REGISTRO DE PACIENTES

Farmacia preferida: _____ Ubicación: _____ Farmacia #: _____

Médico remitente: _____ Proveedor preferido: _____

Información para el paciente

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Nombre anterior: _____ Nombre preferido: _____ Mujer Hombre Transgénero

Fecha de nacimiento: ____/____/____ SS#: ____-____-____

Dirección: _____ Apto./Ste./Unidad: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Inicio #: _____ Trabajo #: _____ ext. _____ Celular #: _____

Correo electrónico: _____ Ocupación: _____

Empleador: _____ Teléfono del empleador: _____

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Pareja de hecho Viudo

Raza: Indio americano/Nativo de Alaska Asiático Negro/Afroamericano Isleño del Pacífico Blanco Otro: _____

Etnia: Hispano/Latino No Hispano/Latino Rechazado Idioma principal: _____

Partes Asociadas

Nombre del cónyuge: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Teléfono #: _____

Nombre de los padres (si es menor de edad): _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Teléfono #: _____

Nombre del contacto de emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono #: _____

Información del seguro

Seguro Primario: _____

Número de póliza: _____ Número de grupo: _____ Fecha de entrada en vigor: ____/____/____

Nombre del Asegurado: _____ Relación con el Asegurado: _____ SS# del Asegurado: ____/____/____

Fecha de nacimiento del asegurado: ____/____/____ empleador del asegurado: _____

Seguro Secundario: _____

Número de póliza: _____ Número de grupo: _____ Fecha de entrada en vigor: ____/____/____

Nombre del Asegurado: _____ Relación con el Asegurado: _____ SS# del Asegurado: ____/____/____

Fecha de nacimiento del asegurado: ____/____/____ empleador del asegurado: _____