

FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE Y LA FAMILIA



Fecha: _____

Remitido por: Médico Amigo Otro paciente Seguro Internet
 Medios de comunicación social Otro _____

Necesita intérprete: Sí No

INFORMACIÓN DEL PACIENTE			Fecha de nacimiento	Sexo	Lengua materna	Etnia y raza
Apellido	Nombre	Segundo nombre				
1.						
2.						
3.						
4.						

Padre, madre o tutor: <i>Garante</i>		Domicilio del paciente			
Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	N.º de seguro social	
Dirección postal		Ciudad	Estado	Código postal	Parentesco con el paciente
Núm. telefónico de casa ()	Núm. de celular ()	Núm. telefónico del trabajo ()		Correo electrónico	
Empleador		Dirección			

Padre, madre o tutor: <i>Garante</i>		Domicilio del paciente			
Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	N.º de seguro social	
Dirección postal		Ciudad	Estado	Código postal	Parentesco con el paciente
Núm. telefónico de casa ()	Núm. de celular ()	Núm. telefónico del trabajo ()		Correo electrónico	
Empleador		Dirección			

En caso de una emergencia contactar a: <i>(alguien que no sea ni el padre ni la madre ni el tutor)</i>		
Nombre	Parentesco	Número telefónico

Indique la manera en que prefiere que nos comuniquemos con usted:		
<input type="checkbox"/> Teléfono de casa	<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Teléfono del trabajo

Nombre en letra de molde del padre, la madre, el tutor o de sí mismo

Firma del padre, la madre, el tutor o de sí mismo

Fecha



_____/_____/_____
Nombre del padre, la madre o el tutor en letra de molde Firma del padre, la madre o el tutor Fecha
(Solo firme y escriba la fecha si no ha habido un cambio desde el año pasado)

_____/_____/_____
Nombre del padre, la madre o el tutor en letra de molde Firma del padre, la madre o el tutor Fecha
(Solo firme y escriba la fecha si no ha habido un cambio desde el año pasado)

Firma del personal Fecha