

**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE****INFORMACIÓN DEL PACIENTE:** (use el nombre legal completo)

Fecha actual: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono particular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Contacto de preferencia  Contacto de preferencia Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo (marque con un círculo una sola opción):   
Mujer   
Hombre

N.º de seguro social: \_\_\_\_\_ N.º de licencia de conducir: \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_ Grupo étnico: \_\_\_\_\_ Idioma preferido: \_\_\_\_\_

Estado civil (marque con un círculo una sola opción): Soltero/a Divorciado/a Viudo/a Casado/a

Cónyuge: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ N.º de seguro social: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono laboral: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre y número de farmacia: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA EMERGENCIAS:**

Nombre del contacto para emergencias: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono particular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL GARANTE:** (indique el nombre de la persona o asegurado responsable del pago de la factura: utilice el nombre legal completo, sin apodos)

Relación del garante con el paciente: \_\_\_\_\_ Usted \_\_\_\_\_ Cónyuge \_\_\_\_\_ Progenitor \_\_\_\_\_ Otra \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono particular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

N.º de seguro social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ \* Sexo: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL SEGURO** (permita que el recepcionista fotocopie sus tarjetas de identificación del seguro)**Seguro primario:** Nombre del plan: \_\_\_\_\_**Seguro secundario:** Nombre del plan: \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró acerca de nosotros?  Médico \_\_\_\_\_  Correspondencia/tarjeta postal  
 Amigo/pariente: \_\_\_\_\_  
 Internet (indique en qué página web): \_\_\_\_\_  
 Revista/periódico (indique cuál): \_\_\_\_\_  
 Redes sociales (marque con un círculo una sola opción): FACEBOOK TWITTER  
 Otro: \_\_\_\_\_