



## Registro Ambulatorio

## INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DEL PACIENTE

Nombre Legal \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Condado donde Reside \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_  
Idioma Preferido para Comunicarse:  Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_  
Género: M F Estado Civil \_\_\_\_\_ Nombre Preferido \_\_\_\_\_  
Raza:  Amerindio o Nativo de Alaska  Asiático  Negro o Afroamericano  Nativo de Hawái u Otra Isla del Pacífico  
 Blanco  Desconocida  Declinó \_\_\_\_\_  
Etnicidad:  Hispano o Latino  No Hispano o Latino  Declinó  Desconocida \_\_\_\_\_  
Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Teléfono Móvil \_\_\_\_\_ Dirección de Correo Electrónico \_\_\_\_\_  
Método Preferido para Comunicarse:  Correo Electrónico  Correo  Teléfono de Casa  Teléfono Móvil \_\_\_\_\_  
Médico Primario \_\_\_\_\_ Médico de Referencia \_\_\_\_\_  
Situación Laboral (Marque con un Círculo) Tiempo Completo Tiempo Parcial Discapacitado Retirado Desempleado Autónomo  
Nombre del Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del Empleador \_\_\_\_\_  
Fecha de Retiro (Si Corresponde) \_\_\_\_\_  
¿La Visita se Debe a un Accidente? \_\_\_\_\_ Si la Respuesta es Afirmativa, Tipo de Accidente \_\_\_\_\_  
Accidente: Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ Ubicación \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL GARANTE DEL PACIENTE (Complete si no es el Paciente)

Relación del Paciente con el Garante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Género: M F  
Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Situación Laboral (Marque con un Círculo) Tiempo Completo Tiempo Parcial Discapacitado Retirado Desempleado Autónomo  
Nombre del Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del Empleador \_\_\_\_\_  
Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Teléfono Móvil \_\_\_\_\_ Dirección de Correo Electrónico \_\_\_\_\_

## PARIENTE MÁS CERCANO (Información Sobre la Persona de Contacto en Caso de Emergencias)

Relación del Paciente con el Pariente más Cercanos \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ MI \_\_\_\_\_  
Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Teléfono Móvil \_\_\_\_\_ Dirección de Correo Electrónico \_\_\_\_\_  
Nombre del Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del Empleador \_\_\_\_\_  
**Información de Persona de Contacto Alternativa** Relación del paciente con la persona de contacto \_\_\_\_\_  
Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ MI \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Teléfono Móvil \_\_\_\_\_ Dirección de Correo Electrónico \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL SEGURO

Nombre de Miembro \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Nombre del Seguro \_\_\_\_\_  
SS# \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_ Miembro ID: \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Nombre del Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del Empleador \_\_\_\_\_

**Información Secundaria**

Nombre de Miembro \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Nombre del Seguro \_\_\_\_\_  
SS# \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_ Miembro ID: \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Nombre del Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del Empleador \_\_\_\_\_

