



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 _____

