

FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE Y LA FAMILIA



Fecha: _____

Remitido por: Médico Amigo Otro paciente Internet Otro

Nombre del remitente: _____

Necesita intérprete: Sí No

1.	Apellido	Nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento	Sexo	Lengua materna
2.						
3.						
4.						

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

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

Persona a quien contactar en caso de una emergencia: <i>(alguien que no sea ni el padre ni la madre)</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 del padre, la madre o el tutor en letra de molde Firma del padre, la madre o el tutor 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