

**\*\*Favor de revisar y hacer correcciones a la información siguiente donde sea necesario.\*\***

**Registro de Paciente**

**Información de Paciente – favor de escribir claramente**

Apellido: \_\_\_\_\_  
Primer Nombre: \_\_\_\_\_  
Segundo Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono de Casa: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Teléfono de Trabajo: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Teléfono Móvil: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Sexo: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Email de Paciente: \_\_\_\_\_  
Preferencia de Ser Contactado: **Teléfono de Casa | Teléfono de Trabajo**  
**Teléfono Móvil / Portal / Email**  
Idioma Principal: \_\_\_\_\_  
Raza: \_\_\_\_\_  
Etnicidad (marque su respuesta): **Mexicanx/Americanx  
mexicanx/Chicanx | Puertorriqueñx**  
**Cubanx | Latinx | No Latinx | Declino responder**

**Información de Contacto de Emergencia**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Relación al paciente: \_\_\_\_\_  
Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Información de Seguro Médico Primario**

Nombre del Plan de Seguro: \_\_\_\_\_  
Número de Asegurado: \_\_\_\_\_  
Número de Grupo: \_\_\_\_\_  
Relación de Paciente al Asegurado (marque su respuesta): **Padres/  
Tutor Legal | Hijo/a**

**Información de Garante (quien recibe extractos de cuenta)**

Nombre de Padre Uno/Tutor Legal: \_\_\_\_\_  
Apellido de Soltera (si procede): \_\_\_\_\_  
Relación al paciente: \_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Nombre de Padre Dos/Tutor Legal: \_\_\_\_\_  
Apellido de Soltera (si procede): \_\_\_\_\_  
Relación al paciente: \_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**Información de Farmacia**

Información de Farmacia: \_\_\_\_\_  
Dirección de Farmacia: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Información de Seguro Médico Secundario**

Nombre del Plan de Seguro: \_\_\_\_\_  
Número de Asegurado: \_\_\_\_\_  
Número de Grupo: \_\_\_\_\_  
Patient Relación de Paciente al Asegurado (marque su respuesta): **Padres/  
Tutor Legal | Hijo/a**

**Afirmo que la información anterior es completa y correcta.**

Firma \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_