

**\*\*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: \_\_\_\_\_  
Apellido de Soltera (si procede): \_\_\_\_\_  
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 | Otro/a Latinx | No Latinx | Declino responder**

Estado Civil (marque su respuesta): **Soltero | Casado | Pareja de**

**Hecho | Divorciado | Viudo | Otra:** \_\_\_\_\_

Estatus de Estudiante (marque su respuesta): **Tiempo Completo | Tiempo Parcial | No Procede**

¿Reside en una vivienda pública o está viviendo actualmente sin hogar?  
 No  Vivienda Pública  Sin Hogar

¿Eres un veterano?  Sí  No

**Información de Seguro Médico Primario**

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

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

**Información de Contacto de Emergencia**

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

**Información de Trabajo**

Nombre de Empresa: \_\_\_\_\_  
Teléfono de Empresa: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Información de Cónyuge (si procede)**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**Información de Farmacia**

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

**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): **Yo | Hijo/a | Cónyuge**

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