

## REGISTRO DEL PACIENTE

### PACIENTE INFORMACIÓN

Paciente Nombre: \_\_\_\_\_  
(Nombre) (Inicial del 2.º Nombre) (Apellido)

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Estado Civil:  Soltero/a  Casado/a  Divorciado/a  Viudo/a      Sexo:  Masculino  Fememino

Raza:  Blanca  Negro  Asia  American Indian  Isleños del Pacifico  Nativos de Hawai  Otro

Origen étnico: Hispanic / Latino  Sí  No

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código postal

Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Cuidador nombre (Si procede): \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Profeedor de la atención Primaria: \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Referencia Proveedor: \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

**SEGUROS PARTE RESPONSABLE (SI ES DIFERENTE A LA)**  Auto  Pareja  Niño  Otra

Nombre: \_\_\_\_\_  
(Nombre) (Inicial del 2.º Nombre) (Apellido)

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código postal

Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE FARMACIA

Farmacia Nombre Principal: \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Farmacia Nombre Secondary: \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**MÉTODO DE CONTACTO PREFERIDO**  Portal  Teléfono  Correo postal