



REGISTRO DE PACIENTE

NOMBRE DE PACIENTE _____ SEGURO SOCIAL _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ GÉNERO _____

DIRECCIÓN FÍSICA _____ CIUDAD _____

DIRECCIÓN POSTAL _____ CIUDAD _____

ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____ PAÍS _____

ESCUELA: _____ FARMACIA PREFERIDA: _____ RELIGIÓN PREFERIDA: _____

NOMBRE DEL PADRE _____ **FECHA DE NACIMIENTO** _____ **SEGURO SOCIAL** _____

TELÉFONO DE CASA (_____) _____ - TRABAJO (_____) _____ - CELULAR(_____) _____ -

DIRECCIÓN POSTAL _____ CORREO ELECTRÓNICO _____

EMPLEADOR _____ OCUPACIÓN _____

NOMBRE DEL MADRE _____ **FECHA DE NACIMIENTO** _____ **SEGURO SOCIAL** _____

TELÉFONO DE CASA (_____) _____ - TRABAJO (_____) _____ - CELULAR(_____) _____ -

DIRECCIÓN POSTAL _____ CORREO ELECTRÓNICO _____

EMPLEADOR _____ OCUPACIÓN _____

INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO

COMPANIA DE SEGURO PRIMARIA _____ FECHA DE VIGENCIA DE COBERTURA _____

DE MIEMBRO _____ # DE GRUPO _____

USTED ES EL SUSCRIPTOR? SÍ NO **Si usted no es el suscriptor, por favor proporcione la siguiente información:**

NOMBRE DE SUSCRIPTOR _____ FECHA DE ANCIAMIENTO _____

DE SEGURO _____ # DE TELÉFONO (_____) _____

DIRECCIÓN POSTAL _____

RELACIÓN CON EL PACIENTE MISMO CÓNYUGE HIJO OTRO

COMPANIA DE SEGURO SECUNDARIO _____ FECHA DE VIGENCIA DE COBERTURA _____

DE MIEMBRO _____ # DE GRUPO _____

USTED ES EL SUSCRIPTOR? SÍ NO **Si usted no es el suscriptor, por favor proporcione la siguiente información:**

NOMBRE DE SUSCRIPTOR _____ FECHA DE ANCIAMIENTO _____

DE SEGURO _____ # DE TELÉFONO (_____) _____

DIRECCIÓN POSTAL _____

RELACIÓN CON EL PACIENTE MISMO CÓNYUGE HIJO OTRO

CONTACTO DE EMERGENCIA (NO PADRES) _____ #DE TELÉFONO (_____) _____ -

DIRECCIÓN POSTAL _____ RELACIÓN _____

REQUERIMOS QUE USTED PRESENTE SU TARJETA (S) DE SEGURO MEDICO PARA FOTOCOPIAR. SI NO TIENE SU TARJETA (S) DE SEGURO, SE LE FACTURARÁ POR LOS SERVICIOS RENDIDOS HASTA EL MOMENTO EN QUE RECIBAMOS UNA TARJETA DE SEGURO VÁLIDA.

FIRMA DE PADRE OR GUARIÁN LEGAL _____ **FECHA** _____