



TAHOE FOREST WOMEN'S CENTER

REGISTRO DEL PACIENTE

DATOS PERSONALES

NOMBRE _____ NSS _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ SEXO __ M __ F
DIRECCIÓN FÍSICA _____ CIUDAD _____
DIRECCIÓN DE CORREO POSTAL _____ CIUDAD _____
ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____ CONDADO _____
TEL. DEL HOGAR (____) _____ - _____ CELULAR (____) _____ - _____ TEL. DEL TRABAJO (____) _____ - _____
PREFERENCIA __ CASA __ CELULAR __ TRABAJO
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO _____ MÉDICO DE CABECERA _____
IDIOMA _____ RAZA _____ ETNIA _____ RELIGIÓN _____ ESTADO CIVIL _____
¿TIENE EMPLEO? __ SÍ __ NO NOMBRE DEL EMPLEADOR _____ TELÉFONO DEL EMPLEADOR _____
PERSONA DE CONTACTO DE EMERGENCIA _____ RELACIÓN _____ TELÉFONO (____) _____ - _____

INFORMACIÓN DEL GARANTE

¿USTED ES EL GARANTE? __ SÍ __ NO

Si usted no es el garante, proporcione la siguiente información:

NOMBRE DEL GARANTE _____ NSS _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
DIRECCIÓN _____ TEL. (____) _____ - _____
RELACIÓN DEL PACIENTE CON EL GARANTE _____

INFORMACIÓN DE SEGURO

NOMBRE DEL PLAN DE SEGURO PRINCIPAL _____
FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA DE LA COBERTURA _____
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL MIEMBRO _____ NÚMERO DEL GRUPO _____

¿USTED ES EL TITULAR DEL SEGURO? __ SÍ __ NO

Si usted no es el titular, proporcione la siguiente información:

NOMBRE DEL TITULAR: _____ NSS _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
DIRECCIÓN _____ TEL. (____) _____ - _____
RELACIÓN DEL PACIENTE CON EL TITULAR __ ÉL MISMO __ CÓNYUGE __ HIJO __ OTRO

NOMBRE DEL PLAN DE SEGURO SECUNDARIO _____

FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA DE LA COBERTURA _____

¿USTED ES EL TITULAR DEL SEGURO? __ SÍ __ NO

Si usted no es el titular, proporcione la siguiente información:

NOMBRE DEL TITULAR: _____ NSS _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
DIRECCIÓN _____ TEL. (____) _____ - _____
RELACIÓN DEL PACIENTE CON EL TITULAR __ ÉL MISMO __ CÓNYUGE __ HIJO __ OTRO

FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR LEGAL _____ FECHA _____