

## **REGISTRO DE PACIENTE**

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Inicial Segundo Nombre: \_  
Paciente es responsable:  Si  No Nombre Preferido: \_\_\_\_\_

### **Responsable (si alguien diferente al paciente)**

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Inicial Segundo Nombre : \_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
# de Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ SS#: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ #de Licencia: \_\_\_\_\_

## **INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
# de Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Sexo:  Hombre  Mujer Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Estado Civil:  Casado/a  Soltero/a  Divorciado/a  Separado/a  Viudo/a  
SS#: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ # de Licencia: \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
 Me gustaría recibir correspondencia por correo electrónico

Empleado:  Tiempo Completo  Tiempo Parcial  Retirado/a  
Estudiante:  Tiempo Completo  Tiempo Parcial  
Farmacia Preferida: \_\_\_\_\_

## **INFORMACIÓN DE SEGURO PRIMARIO**

Nombre de asegurado/a: \_\_\_\_\_ Relacion con Asegurado/a:  
 Persona mismo/a  Esposo/a  Hijo/a  Otros  
Asegurado SS#: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Asegurado fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Compania de Seguro: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_ Código Postal: \_\_\_

## **INFORMACIÓN SECUNDARIA DE SEGURO**

Nombre de asegurado/a: \_\_\_\_\_ Relacion con Asegurado/a:  
 Persona mismo/a  Esoposo/a  Hijo/a  Otros  
Asegurado SS#: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Asegurado fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Compania de Seguro: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_ Código Postal: \_\_\_