

Clear Lake Specialties

Formulario para Registro de Paciente

INFORMACIÓN DE PACIENTE

Nombre del Paciente _____, _____, _____ Fec. de. Nac. _____
(Apellido) (Nombre) (Inicial de 2o Nombre)

Estado Civil Casado Soltero Divorciado Viudo Legalmente Separado Otro

Seguro Social _____ - _____ - _____ Sexo: Femenino Masculino Transgénero

Raza Nativo Americano/Alaska Asiático Nativo Hawaiano/Islas del Pacífico Blanco
 Hispano Negro/Afroamericano Otro

Etnia Hispano/Latino No Hispano/Latino Declinado

Lenguaje Inglés Español Hindú/Urdu Árabe Japonés Chino Coreano Francés Otro

Dirección de Correo Electrónico _____

Números Telefónicos: Casa _____ Celular _____ Autoriza a dejar mensajes Sí ----- No-----

Dirección _____
Nombre de Calle Ciudad, Estado Código Postal

PCP _____ Proveedor que Refiere _____
(Médico Principal)

Teléfono: _____ Teléfono: _____

<u>INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA:</u>	<u>INFORMACIÓN DE SEGURO:</u>
---	-------------------------------

Contacto de Emergencia: Nombre _____	Seguro Primario _____
--------------------------------------	-----------------------

Número _____	Seguro Secundario: _____
--------------	--------------------------

Relación con Paciente _____	<u>INFORMACIÓN DE FARMACIA:</u>
-----------------------------	---------------------------------

Empleador/Escuela _____	Nombre de Farmacia _____
-------------------------	--------------------------

Número _____	Número _____
--------------	--------------

¿Cómo escuchó de nosotros?: _____

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN PARA CUIDADOR/MIEMBRO DE LA FAMILIA

Nombre _____ Relación con el Paciente*: _____

Nombre _____ Relación con el Paciente *: _____

*Autoriza para Dejar Mensajes Sí ----- No-----

Estoy de acuerdo en que la información en este formulario es exacta y actualizada en el mejor de mi conocimiento.

Paciente (o Parte Responsable) Firma _____ Fecha _____