

## FORMA DE INFORMACION DEL PACIENTE

Por favor complete esta forma para asegurarle un buen servicio y atención medica rápidamente.

**Por favor de escribir legiblemente**

<b>INFORMACION DEL PACIENTE:</b>		
Apellido	Primer Nombre	Inicial
Dirección	Fecha De Nacimiento	Edad:
Ciudad, Estado, Código	Número De Seguro Social	
Numero de Casa	Numero de Trabajo	
Numero de Celular	Correo electrónico	
Empleador	Ocupación	
<b>CONTACTOS DE EMERGENCIA</b>		
1. Nombre _____	Tel _____	Relación _____
2. Nombre _____	Tel _____	Relación _____
Medico Primario	Numero de Tel de Medico Primario	
<b>INFORMACION SOBRE SU ASEGURANZA</b>		
<b>Si usted está cubierto por la póliza de su esposo/a, padre o guardián legal, por favor llene la información sobre ellos:</b>		
Nombre	Número De Seguro Social	
Fecha De Nacimiento	Domicilio	
Numero De Trabajo	Celular	
Empleador	Ocupación	
<b>INFORMACION DE MEDICAMENTOS</b>		
<b>Tiene alergia a algún medicamento?</b> NO SI; a cual(es)?		
Que medicamentos esta tomando actualmente?		
<b>Medicamento</b>	<b>Dosis</b>	<b>Cuantas veces al dia</b>
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		