



## FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTE

ID: \_\_\_\_\_

Fecha : Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Nombre Completo: \_\_\_\_\_

Edad : \_\_\_\_\_ Seguro Social XXX-XX-\_\_\_\_\_

Fecha Nacimiento : Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Dirección Postal :

Dirección Residencial :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tel Celular : \_\_\_\_\_

Tel Res: \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

Compañía Tel : \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_

Lugar de Trabajo : \_\_\_\_\_

Nombre Cónyuge : \_\_\_\_\_

Nombre Persona Encargada : \_\_\_\_\_

Teléfono Cónyuge o Persona a cargo : \_\_\_\_\_

Farmacia que Visita : \_\_\_\_\_

Pueblo: \_\_\_\_\_

Médico que refiere : \_\_\_\_\_

Teféfono : \_\_\_\_\_

Médico primario : \_\_\_\_\_

Teléfono : \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN PLAN MÉDICO PRIMARIO

Plan Médico : \_\_\_\_\_

# Contrato : \_\_\_\_\_

Nombre Asegurado Principal : \_\_\_\_\_ Ocupación : \_\_\_\_\_

Teféfono: \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento : Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN PLAN MÉDICO SECUNDARIO

Plan Médico Secundario : \_\_\_\_\_

# Contrato : \_\_\_\_\_

### TARJETA DE CRÉDITO AUTORIZADA ( REQUERIDO )

VISA MC AMEX

Nombre en Tarjeta : \_\_\_\_\_ Número de Tarjeta : \_\_\_\_\_

Fecha Expiración : \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

### POLÍTICA DE CANCELACIÓN

Las citas para evaluaciones, seguimientos y procedimientos serán garantizadas. Tiene hasta 48 horas para cancelar. Si usted no viene a su cita confirmada se le hará un cargo a la tarjeta de \$25.00 para citas y de \$200.00 para procedimientos operatorios en oficina o en hospital.

Acepto la política de cancelación : \_\_\_\_\_

Firma