

¿COMO SUPO DE NOSOTROS?

SEÑAL SEGUROS
 FAMILIA ANUNCIOS
 DIRECTORIO
 INTERNET OTRO



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN NUEVO PACIENTE

SI USTED SIENTE ALGUNO ESTOS SINTOMAS, PARE Y NOTIFIQUE A LA INFERMERA INMEDIATAMENTE

- DOLOR EN EL PECHO SEVERO
- SANGRAMIENTO
- FALTA DE AIRE
- REACCION ALLERGICA SEVERA
- OTRA EMERGERNICAS

TIPO DE VISITA:

SEGUROS (ENSEÑAR TARJETA EN LA VENTANILLA)
 SIN SEGURO (PAGO DEBIDO EN EL MOMENTO DE SERVICIO)
 ACCIDENTE EN EL EMPLEO
 ACCIDENTE DE AUTOMOVIL

CHART NO. _____

FECHA: _____

INFORMACION DEL PACIENTE:

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: __-__-__ NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: __-__-__

DIRECCION _____ APT: _____

CIUDAD _____ ES: _____ ZIP: _____

NUMERO DE TELEFONO: __-__-__ TELEFONO CELULAR: __-__-__

SEXO: MASCULINO _____ FEMININA _____

ESTADO CIVIL: SOLTERO _____ CASADO _____ DIVORCIADO _____ SEPARADO _____

PODEMOS DEJAR UN MENSAJE EN SU TELEFONO? SI _____ NO _____

CORREO ELECTRONIC: _____

PADRE O GAURDIAN INFORMACIÓN:

LLENE CON NOMBRE DE ASEGURADO SI EL PACIENTE NO ES RESPONSABLE DE SUS CARGOS HOY.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: __-__-__ NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL: __-__-__

DIRECCION _____ APT: _____

CIUDAD _____ ES: _____ ZIP: _____

NUMERO DE TELEFONO: __-__-__ TELEFONO CELULAR: __-__-__

EMPLEADOR _____



INFORMACION DE EMPLEO:

NOMBRE DE COMPAÑIA _____

DIRECCION: _____

TELEFONO: ___ - ___ - ___ OCUPACION: _____

CONTACTO DE EMERGENCIAS:

NOMBRE _____ TELEFONO: _____ RELACION: _____

PHARMACIA: _____ DIRECCION: _____

POR FAVOR DIGA EL MOTIVO DE ESTA VISITA/ DESCRIPCION DE LA LESION O SINTOMAS:

ES SOBRE UN ACCIDENTE EN EL TRABAJO? SI ___ NO ___

SI ASI FUERA, LLENE LOS SIGUIENTES: FECHA DE LA LESION: _____

NOMBRE: _____

SUPERVISOR: _____ TELEFONO: _____

HISTORIA MEDICA:

LISTA DE MEDICAMENTOS:

ALLERGIAS Y REACCIONES:

PROBLEMAS MEDICOS:

TODOS LAS CIRUGÍAS / OPERACIONES ANTERIORES:

