



# REGISTRO DE PACIENTES

Apply Patient Label

- Main Campus
- Mercy Gilbert

<b>Queja:</b>	<b>Hora: Fecha:</b> / /	<b>Historia clínica nueva</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>Tipo de cuenta:</b>	<input type="checkbox"/> Internado <input type="checkbox"/> Paciente ambulatorio	<input type="checkbox"/> Observación <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Emergencias	
<b>INFORMACIÓN DEL PACIENTE:</b>				
<b>Apellido:</b>	<b>Primer nombre:</b>	<b>Inicial del 2do. nombre:</b>	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
<b>**Fecha de nacimiento:</b> _____ <b>Raza</b> _____ <b>Religión</b> _____ <b>Etnia:</b> Hispano / No-Hispano <b>Idioma:</b> _____				
<b>Domicilio:</b>			<b>Teléfono de casa:</b> ( )	
<b>Ciudad:</b>	<b>Estado/País:</b>	<b>Código postal:</b>		
<b>INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO</b>				
<b>Compañía de seguros principal:</b>				
<b>Dirección de la oficina de cobranzas:</b>			<b>Teléfono del plan médico:</b> ( )	
<b>Ciudad:</b>	<b>Estado/País:</b>	<b>Código postal:</b>		
<b>Núm. póliza:</b>		<b>Núm. grupo:</b>		
<b>Apellido del titular de la póliza:</b>	<b>Nombre del titular de la póliza:</b>	<b>Relación con el paciente:</b>	<b>**Fecha de nacimiento:</b>	

\*\*Debe anotar la fecha de nacimiento

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_ **De teléfono celular:** \_\_\_\_\_

<b>FIADOR</b>			
<b>Apellido del fiador:</b>	<b>Nombre del fiador:</b>	<b>**Fecha de nacimiento:</b>	<b>Relación con el paciente:</b>
<b>Dirección de facturación ( en la que recibe su correo):</b>			
<b>Domicilio:</b>			<b>De teléfono celular:</b> ( )
<b>Ciudad:</b>	<b>Estado/País:</b>	<b>Código postal:</b>	
<b>INFORMACIÓN ADICIONAL</b>			
<b>Médico familiar:</b>		<b>Teléfono del médico:</b> ( )	
<b>Iniciales del profesional:</b>			

Copy all insurance cards & photo ID for chart

