

Paciente

Fecha: _____ / _____ / _____ Correo electrónico: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ Teléfono: (_____) _____ - _____

Médico de atención primaria (PCP): _____ Sexo: Masculino Femenino

Teléfono del PCP: (_____) _____ - _____ Farmacia preferida: _____

¿Cómo supo de nosotros? _____

¿Lo remitió otro proveedor? S N En caso afirmativo, indique el nombre del proveedor: _____

Motivo de su visita hoy: _____

¿Tiene esta visita relación con una indemnización por accidentes laborales? S N

En caso afirmativo, indique la fecha de la lesión: _____

En caso afirmativo, indique el nombre del empleador: _____

Parte responsable (para niños menores de 18 años)

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____

Relación del paciente con la parte responsable: _____

¿Tiene la misma dirección y teléfono que el paciente? S N

(En caso negativo, indique): _____

Asegurado principal (titular de la póliza de seguro)

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ Sexo: Masculino Femenino

Relación del paciente con la parte responsable: _____

¿Tiene la misma dirección y teléfono que el paciente? S N

(En caso negativo, indique): _____



Firma del paciente o representante legalmente autorizado

Relación con el paciente/testigo o traductor

Fecha (MM/DD/AAAA)