



Farmacia \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_  
Farmacia Dirección \_\_\_\_\_

Forma de Registro de Paciente Nuevo (POR FAVOR IMPRIMA) FECHA \_\_\_\_\_

¿Cómo supo de nuestro consultorio? Médico (PCP) \_\_\_\_\_

Paciente \_\_\_ Amigo \_\_\_ Página Cibernética \_\_\_ Directorio \_\_\_ Periódico \_\_\_ Otro \_\_\_

Nombre Completo del Paciente \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Dirección de Casa \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

Número de Teléfono, Casa \_\_\_\_\_ Número de Teléfono Móvil \_\_\_\_\_

Método de Contacto Preferido Teléfono Casa \_\_\_ Teléfono Móvil \_\_\_ Email \_\_\_ Otro \_\_\_

Persona Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_ Sexo M \_\_\_ F \_\_\_

Teléfono de Emergencia \_\_\_\_\_ Parentesco con el Paciente \_\_\_\_\_

Dirección de Correo Electrónico del Paciente \_\_\_\_\_ ¿Rechaza email? \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Paciente \_\_\_\_\_

Sexo M \_\_\_ F \_\_\_ Estado Civil (encierre uno) Soltero Casado Viudo Divorciado

Raza - Caucasiano \_\_\_ Africo-Americano \_\_\_ Asiático \_\_\_ Otro \_\_\_ Niego a contestar \_\_\_

Etnicidad - Hispano o Latino \_\_\_ No Hispano o Latino \_\_\_ Niego a Contestar \_\_\_ Desconocido \_\_\_

Patrón del Paciente \_\_\_\_\_ (si el paciente no trabaja, ¿es Retirado? \_\_\_ Estudiante? \_\_\_ Ama de Casa? \_\_\_ Desempleado? \_\_\_)

Dirección del Patrón del Paciente \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

Número de Teléfono del Patrón \_\_\_\_\_ Extensión \_\_\_\_\_

**Información del Partido Responsable (el que Garantiza)**

¿Quién es Financieramente Responsable por la Cuenta? La persona responsable nunca puede ser un niño.

¿El Partido Responsable es el mismo que la Información del Paciente? Sí\_\_\_ No\_\_\_  
(si NO, por favor complete la información a continuación)

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_ Código \_\_\_\_\_

Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del que Garantiza \_\_\_\_\_

Dirección Email \_\_\_\_\_

Si el paciente es MENOR de edad, complete la información del padre o guardián responsable:

Nombre Paciente/Guardián \_\_\_\_\_

Paciente/Guardián, Dirección \_\_\_\_\_ Cd. \_\_\_\_\_ Edo. \_\_\_ Código \_\_\_\_\_

Teléfono Paciente/Guardián \_\_\_\_\_

Email Paciente/Guardián \_\_\_\_\_

Reconozco que la información anterior es correcta y acepto responsabilidad financiera por cualquier servicio ofrecido a mi dependiente o a mí mismo.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**Información de Seguro Primario**

Nombre del Seguro Primario \_\_\_\_\_  
Dirección del Seguro Primario \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_  
Número de Teléfono del Seguro \_\_\_\_\_  
Póliza Número \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_

¿El Paciente es el suscriptor del Seguro Primario? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_  
(Si No, por favor complete esta sección.)

Parentesco del Suscriptor con el Paciente (encierre uno) MISMO ESPOSO HIJO OTRO \_\_\_\_\_  
Nombre del Suscriptor \_\_\_\_\_  
Dirección del Suscriptor \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento del Suscriptor \_\_\_\_\_ Sexo M F  
Teléfono del Suscriptor \_\_\_\_\_  
Patrón del Suscriptor \_\_\_\_\_  
Dirección del Patrón del Suscriptor \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_  
Teléfono del Patrón del Suscriptor \_\_\_\_\_

**Información de Seguro Secundario (si aplica)**

Nombre del Seguro Secundario \_\_\_\_\_  
Dirección del Seguro Secundario \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_  
Número de Teléfono del Seguro \_\_\_\_\_  
Póliza Número \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_

Parentesco del Suscriptor con el Paciente (encierre uno) MISMO ESPOSO HIJO OTRO \_\_\_\_\_  
Nombre del Suscriptor \_\_\_\_\_  
Dirección del Suscriptor \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento del Suscriptor \_\_\_\_\_ Sexo M F  
Teléfono del Suscriptor \_\_\_\_\_  
Patrón del Suscriptor \_\_\_\_\_  
Dirección del Patrón del Suscriptor \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_  
Teléfono del Patrón del Suscriptor \_\_\_\_\_

**Información de Seguro Terciario (si aplica)**

**Nombre del Seguro Terciario** \_\_\_\_\_

**Dirección del Seguro Terciario** \_\_\_\_\_

**Ciudad** \_\_\_\_\_ **Estado** \_\_\_\_\_ **Código** \_\_\_\_\_

**Número de Teléfono del Seguro** \_\_\_\_\_

**Póliza Número** \_\_\_\_\_ **Grupo #** \_\_\_\_\_

**Parentesco del Suscriptor con el Paciente (encierre uno) MISMO ESPOSO HIJO OTRO** \_\_\_\_\_

**Nombre del Suscriptor** \_\_\_\_\_

**Dirección del Suscriptor** \_\_\_\_\_

**Ciudad** \_\_\_\_\_ **Estado** \_\_\_\_\_ **Código** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento del Suscriptor** \_\_\_\_\_ **Sexo** M F

**Teléfono del Suscriptor** \_\_\_\_\_

**Patrón del Suscriptor** \_\_\_\_\_

**Dirección del Patrón del Suscriptor** \_\_\_\_\_

**Ciudad** \_\_\_\_\_ **Estado** \_\_\_\_\_ **Código** \_\_\_\_\_

**Teléfono del Patrón del Suscriptor** \_\_\_\_\_