

Paciente (MRN) No.: \_\_\_\_\_  
(Si no se conoce, dejar en blanco)

Paciente Nuevo  
 Existente Paciente

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primer Nombre) (Segundo Nombre)

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  Hombre  Mujer Estatura : \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_  Fume  No Fume

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_  
(La Calle / P.O. Box No.) (Apartamento) (Ciudad, Estado) (Código Postal)

Teléfono: Hogar: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_

No. Seguro Social (NSS): \_\_\_\_\_ Estado Civil:  Soltero  Casado  Divorciado  Viudo

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador: \_\_\_\_\_  
(La Calle / P.O. Box No.) (Ciudad, Estado) (Código Postal)

**INFORMACIÓN DE SEGUROS**

Compañía de Seguros Primaria: \_\_\_\_\_ Compañía de Seguros Secundaria: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Grupo No.: \_\_\_\_\_ Grupo No.: \_\_\_\_\_

Póliza No.: \_\_\_\_\_ Póliza No.: \_\_\_\_\_

**REFIRIÉNDOSE DOCTOR**

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ Examen(s) Requerido: \_\_\_\_\_

**ES EL PACIENTE MENOR DE EDAD?**

Sí  No En caso afirmativo, por favor llene la siguiente información:

Nombre del Responsable: \_\_\_\_\_ No. Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección Postal (si es diferente a la del paciente): \_\_\_\_\_  
(La Calle / P.O. Box No.) (Departamento No.) (Ciudad, Estado) (Código Postal)

**NOTIFICACIÓN DE EMERGENCIA**

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
(La Calle / P.O. Box No.) (Departamento No.) (Ciudad, Estado) (Código Postal)

**SOLAMENTE INDEMNIZACIONES POR ACCIDENTES DE TRABAJO**

Es esta una lesión relacionada con el trabajo?  Sí  No

Fecha de la Lesión: \_\_\_\_\_ Empleador en el Momento de la Lesión: \_\_\_\_\_

Reclamación No.: \_\_\_\_\_ Teléfono de Empleador: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Paciente / Padres o Guardian y/o Asegurados)