

# GEORGETOWN MEDICAL CENTER CLINIC

## Formulario Para Registracion del Paciente

Paciente Nuevo  Paciente Establecido  Doctor(a) \_\_\_\_\_ Hora/Cita: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Informacion del Paciente

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre (inicial) Segunda

Direccion: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado

Numero de telefono de la casa: \_\_\_\_\_ Numero celular: \_\_\_\_\_ Numero de telefono de trabajo: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  Mujer  Hombre Estado Marital Status: \_\_\_\_\_

SSN: \_\_\_\_\_ Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_ Estudiante:  Si  No

Direccion de correo electronico: \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_ Numero de telefono \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

### Contacto en caso de Emergencia

Nombre: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Numero de telefono de la casa: \_\_\_\_\_ Numero de telefono del trabajo: \_\_\_\_\_

### Grupo Responsable Financiero

Grupo Responsable Financiero: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre (inicial) Segunda

Direccion: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Codigo

SSN: \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ El numero de telefono: \_\_\_\_\_

Relacion con el paciente: \_\_\_ Padre/Madre \_\_\_ Mujer o hombre esposo(a) \_\_\_ Otro indique \_\_\_\_\_

### Grupo Asegurada (o) Suscriptor(a)

Nombre del Suscriptor (a): \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre (inicial) Segundal

Direccion: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Codigo

Nombre de la compania de seguros: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Numero del grupo/o polisa: \_\_\_\_\_

SSN: \_\_\_\_\_

Es esta visita relacionada con algun accidente del trabajo o de auto? \_\_\_ Si \_\_\_ No

**Por favor presente su tarjeta de seguros**