Georgetown Medical Clinic
Formulario de Registro de Pacientes

Fecha:_____

□ Paciente Nuevo □ Paciente Establecido Medico: _____ Hora de Cita: _____

Informacion del Paciente

Nombre: _____
Apellido Primer Nombre Segunda Inicial

Direccion: _____
Calle Ciudad Estado Codigo

Telefono: _____
Casa Celular Trabajo

Correo Electronico: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Seg Social: _____ Estado Marital: _____

Estudiante: Si / No □ Hombre □ Mujer Empleador: _____

Idioma: _____ Raza: _____ Etnicidad: _____

Farmacia: _____ Telefono: _____

Farmacia Localidad: _____

Contacto en Caso de Emergencia

Nombre de Contacto: _____ Relacion: _____

Direccion: _____
Calle Ciudad Estado Codigo

Telefono: _____
Casa Celular Trabajo

Persona Responsable Financiero

Nombre: _____
Apellido Primer Nombre Segunda Inicial

Direccion: _____
Calle Ciudad Estado Codigo

Telefono: _____
Casa Celular Trabajo

Fecha de Nacimiento: _____ □ Hombre □ Mujer

Relacion al Paciente: □ Padre □ Madre □ Esposo(a) □ Otro, Indique: _____

Informacion del Seguro

Nombre de la Compania de Seguro: _____

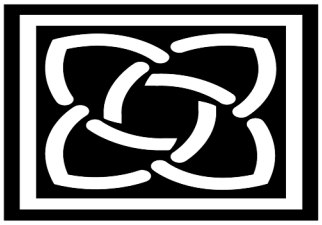
Direccion: _____ Telefono: _____

_____

Numero de Poliza: _____ Grupo: _____

Es esta visita en relacion con un accidente de trabajo o el automovil? Si / No

Nos gustaria saber como se entero de nuestra clinica? **(Marque todos que aplican.)**

□ Recibio su **Tarjeta** en el Correo	MLR
□ Periodico/**Aviso**	NP
□ Pajinas Amarillas/**Lista**	YP
□ Internet/**Registro**	NET
□ Radio/**Comercial**	RAD
□ Television/**Comercial**	TV
□ **Feria de Salud**/Evento de Comunidad	HF
□ Pacientes Antiguos	FP
□ Plan de Seguros/**Lista de Proveedores**	INS
□ **Amigos(as)/Parientes**/Recomendaciones	FR
□ Otro _____	O

Gracias por escojer
Georgetown Medical Clinic