



REGISTRACION DEL PACIENTE

FECHA _____

PACIENTE _____

INFORMACION DEL PACIENTE

NOMBRE _____ APELLIDO _____

DIA DEL NACIMIENTO ___/___/20___ SEXO _____ NO. SEGURO SOCIAL _____

DIRECCION _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____ # TELEFONO _____

INFORMACION DEL SEGURO DE SALUD Y DE LA PERSONA RESPONSABLE POR EL MENOR

COMPANIA DE SEGURO _____ #DE POLIZA _____

#DE GRUPO _____ FECHA DE NACIMIENTO DEL PADRE/MADRE ___/___/___

NOMBRE DEL ADULTO EN LA TARJETA DE SEGURO _____

DE SEGURO SOCIAL PADRE/MADRE _____

#LICENCIA DE CONDUCIR PADRE/MADRE _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

NOMBRE DE LA MADRE _____

TELEFONO DE LA CASA _____ TRABAJO _____ CELULAR _____

NOMBRE DEL PADRE _____

TELEFONO DE LA CASA _____ TRABAJO _____ CELULAR _____

NOMBRE DEL PADRE _____

FIRMA _____ DIA _____