

## DATOS DEL PACIENTE

Nombre del paciente (primer y segundo nombre, apellido)				Sexo <b>M / F</b>		F. de Nac.	
Email		Dirección		Ciudad		Estado	CP
Teléfono de línea		Teléfono celular		Lengua materna			
Estado civil	No. de personas a cargo	Ingreso anual		No. de seg. social		Cond. de veterano <b>Si / No</b>	
Nombre del empleador		Dirección		Ciudad	CP	No. de teléfono	
Etnia (Seleccione una) <input type="checkbox"/> Indio Americano / Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> de otra Isla del Pacífico				Grupo étnico (Seleccione una) <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino			

## DATOS DEL GARANTE: COMPLETE ESTA SECCIÓN SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD

Nombre de la madre/ tutor		F. de nac.	Email		No. de seguridad social		
Dirección			Ciudad		Estado	CP	
Teléfono de línea		Teléfono celular		Teléfono del trabajo			
Nombre del empleador	Dirección		Ciudad		CP		
Nombre del padre/ tutor		F. de nac.	Email		No. de seguridad social		
Dirección			Ciudad		Estado	CP	
Teléfono de línea		Teléfono celular		Teléfono del trabajo			
Nombre del empleador	Dirección		Ciudad		CP		

## DATOS DEL SEGURO MÉDICO

(Debemos obtener copias de TODAS las tarjetas personales de identificación)

Nombre del seguro principal	Identificación/póliza No.	Grupo No.	Fecha de vigencia	
Nombre del seguro secundario	Identificación/póliza No.	Grupo No.	Fecha de vigencia	
Relación con el asegurado		¿La visita de hoy se relaciona con un accidente laboral/automovilístico? <b>Si / No</b>		
Identificación emitida por el gobierno(Tipo/Número) <input type="checkbox"/> Lic. de conducir <input type="checkbox"/> Tarj. de identificación <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Tarj. de id. militar <input type="checkbox"/> Tarj. de residencia                   No.: _____				

## DATOS DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre	Relación	Teléfono de línea	Teléfono celular	
Dirección	Ciudad	Estado	CP	