

DADOS DO PACIENTE

Nome do paciente (primeiro e segundo nome, sobrenome)				Gênero M / F		D. de Nascido.	
Email		Endereço		Cidade		Estado	CEP
Telefone com fio		Telefone celular		Língua materna			
Estado civil	N.º de pessoas sob sua responsabilidade	Ingresso anual		N.º de previdência social	Condição de veterano Sim / Não		
Nome do empregador		Endereço		Cidade	CEP	No. de telefone	
Etnia (Selecionar uma) <input type="checkbox"/> Índio Americano/Natural da Alaska <input type="checkbox"/> Asiático Afro <input type="checkbox"/> Americano <input type="checkbox"/> Havaiano Natural Caucásico de <input type="checkbox"/> outra Ilha do <input type="checkbox"/> Pacífico				Grupo étnico (Fazer seleção de um) <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Não Hispano/Latino			

DADOS DO GARANTE: PREENCHER A SEÇÃO SE O PACIENTE FOR MENOR DE IDADE

Nome da mãe/tutor		Data de nascido	E-mail		No. de previdência social		
Endereço			Cidade		Estado	CEP	
Telefone com fio		Telefone celular		Telefone comercial			
Nome do empregador		Endereço		Cidade		CEP	
Nome do pai/ tutor		Data de nascido	E-mail		No. de previdência social		
Endereço			Cidade		Estado	CEP	
Telefone com fio		Telefone celular		Telefone comercial			
Nome do empregador		Endereço		Cidade		CEP	

DADOS DO SEGURO DE SAÚDE

(É preciso obter cópias de TODOS os cartões de identificação pessoal)

Nome do seguro principal	Identificação/Apólice N.º	Grupo N.º	Prazo de vigência	
Nome do seguro secundário	Identificação/ Apólice N.º	Grupo N.º	Prazo de vigência	
Relação com o segurado		A visita de hoje tem relação com acidente de trabalho/automobilístico? Sim / Não		
Identificação emitida pelo governo (Classe/Número) <input type="checkbox"/> Cartão de motorista <input type="checkbox"/> Cartão de identificação <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Cartão de identificação militar <input type="checkbox"/> Cartão de domicílio residencial N.º _____				

DADOS DE PESSOAL PARA CASO DE EMERGÊNCIA

Nome	Relação parental	Telefone com fio	Telefone celular
Endereço	Cidade	Estado	CEP