

REGISTRO DEL PERFIL DEL PACIENTE

(Sólo para uso interno) médico tratante: _____ Paciente Id#: _____

Nombre del paciente: _____

Nombre	Segundo Nombre	Apellidos
--------	----------------	-----------

Dirección: _____

Calle	Apt #		
Ciudad	Estado	Zip	County

Teléfono Principal: _____ Otro Teléfono: _____ Email: _____
Fecha de nacimiento: ____/____/____ Número de Seguridad Social: ____-____-____
Sexo: Masculino Femenino
Por favor, marque uno: Empleado Jubilados Nombre del empleador: _____
Fecha de jubilación o invalidez: _____ Preferencia religiosa (si procede): _____ N/A
Raza: _____ Etnicidad: _____ Idioma preferido: _____
Persona autorizada para tener acceso a mi información médica: _____

	Nombre	Relación
--	--------	----------

Contacto de emergencia: _____

Nombre	Relación	Teléfono
--------	----------	----------

MD primario: _____ MD Referido: _____

Seguro primario: _____ ID: _____ Número de grupo: _____
Nombre del Titular de la Póliza: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
Número de Seguridad Social #: ____-____-____
Seguro secundario: _____ ID: _____ Número de grupo: _____
Nombre del Titular de la Póliza: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ La
Seguridad Social #: ____-____-____

Garante (persona con 18 o más años de edad económicamente responsable - si es diferente del paciente)
 El Garante es el mismo que el paciente
Nombre: _____

Nombre	Segundo Nombre	Apellidos
--------	----------------	-----------

Dirección: _____

Calle	Apt #		
Ciudad	Estado	Zip	County

Teléfono Principal: _____ Otro Teléfono: _____ Relación: _____

REGISTRO DEL PERFIL DEL PACIENTE

(Sólo para uso interno) médico tratante: _____ Paciente Id#: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Seguridad Social: ____ - ____ - ____

cCARE se enorgullece en anunciar que tenemos un programa de dispensación de prescripciones aquí en nuestras instalaciones, para servirle mejor. Por favor, recuerde traer una copia de la receta y su tarjeta de seguro. Si usted tiene cualquier pregunta, no dude en preguntar a su llegada. Por favor, indique a continuación qué farmacia FUERA de nuestras instalaciones le gustaría utilizar si fuera necesario.

Información de Farmacia fuera de nuestras Instalaciones:

Nombre de la farmacia: _____

Dirección/Cruce de calles transversales: _____

Teléfono de la Farmacia : _____

FIRMA: _____ **FECHA:** _____