



DEMOGRAFÍA DEL PACIENTE PATIENT DEMOGRAPHICS

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:			
Apellido:		Nombre:	Fecha de nacimiento:
Dirección:		Ciudad:	Estado: Código Postal:
Teléfono domiciliario		Teléfono celular:	
Dirección de correo electrónico:		Sexo:	Religión:
Empleador:		Ocupación:	Teléfono laboral:
Idioma principal:		Origen étnico:	Raza:
INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA:			
Nombre:		Parentesco:	Teléfono:
¿Podemos dejar un mensaje en su teléfono domiciliario/celular con los resultados de la prueba?			
DOMICILIARIO: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO CELULAR: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
¿Podemos hablar con un familiar sobre su tratamiento y los resultados de la prueba? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
Si su respuesta es sí, indique el/los nombres: _____			
PLAN DE SEGURO PRIMARIO:			
TITULAR DE LA PÓLIZA:			
Apellido:		Nombre:	Fecha de nacimiento:
Dirección:		Ciudad:	Estado: Código Postal
Relación con el paciente:			
Empleador:		Número de teléfono del empleador:	
Dirección:		Ciudad:	Estado: Código Postal:
Nombre del Seguro:			
Dirección:		Ciudad:	Estado: Código Postal
N° del seguro:		N° de Grupo:	
SEGURO SECUNDARIO:			
TITULAR DE LA PÓLIZA:			
Apellido:		Nombre:	Fecha de nacimiento:
Dirección:		Ciudad:	Estado: Código Postal:
Relación con el paciente:			
Empleador:		Número de teléfono del empleador:	
Dirección:		Ciudad:	Estado: Código Postal:
Nombre del Seguro:			
Dirección:		Ciudad:	Estado: Código Postal:
N° del seguro:		N° de Grupo:	