

Planilla de Registro

Nombre Del Paciente: _____ **Sexo** _____

Fecha de Nacimiento: (Año) _____ (Mes) _____ (Día) _____

Tarjeta de salud Número _____ Código de Versión _____ Fecha de Caducidad _____

Dirección de domicilio: _____

Número

Ciudad

Provincia

Código Postal

Número de Teléfono (de casa) _____ (móvil) _____ (de trabajo) _____

Correo electrónico _____ Ocupación _____

Información de Contacto Para Emergencias:

Nombre _____ Relacion _____ Número de Teléfono de Casa _____

Tienes seguro médico? Sí / No

Nombre de la compañía de seguro médico _____

Antecedentes de salud

Razón de la visita _____

Alergias: (1) Medicamentos _____ (2) Otro _____

Enfermedad médica actual _____

Cirugías anteriores _____

Lista de medicamentos actuales _____

Tienes un médico de familia? Sí / No

Nombre del médico de familia _____

¿Está al día con sus vacunas? _____

Firma Del Paciente/Padre o Tutor Legal

Fecha