Formulario de registro de pacientes

CHI St. Joseph Health

Nombre del paciente: _____
Apellidos Primer nombre Segundo nombre

Dirección:_____
Calle Ciudad Estado Código postal

Teléfono: (Principal) _____(Celular) _____(Trabajo)_____

Fecha de nacimiento_____Correo electrónico:_____

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino No. de seguridad social: _____

Estado civil: ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Divorciado(a)

Situación laboral: ☐ Tiempo completo ☐ Medio tiempo Empleador: _____

Estudiante: ☐ Tiempo completo ☐ Medio tiempo ☐ NA Institución educativa: _____

Nombre del cónyuge: _____ Fecha de nac.: _____ SS No._____

Raza:
- ☐ Indio americano o nativo de Alaska
- ☐ Afroamericano
- ☐ Asiático
- ☐ Otro:_____
- ☐ Blanco
- ☐ Hispano
- ☐ Nativo de Hawái

Etnia: ☐ Hispano ☐ No hispano Idioma nativo: _____
Licencia de conducción #: _____ Estado: _____

Remitido por: _____

Contacto en caso de emergencia: _____Relación:_____

Teléfono de contacto en el día: _____Teléfono de contacto en la noche: _____

Nombre de la farmacia local preferida: _____Teléfono:_____

Dirección: _____

Farmacia de pedidos por correo: _____

Cómo se enteró de nosotros: ☐ Anuncio en el periódico ☐ Anuncio en TV/radio ☐ Páginas amarillas
☐ Referencia de un familiar/amigo ☐ Internet ☐ Otro_____

Llene esta sección si el PACIENTE es estudiante o menor de edad:

Nombre de la madre: _____ Fecha de nac.: _____ SS No.: _____

Dirección: _____Teléfono:_____

Nombre del padre: _____ Fecha de nac.: _____ SS No.: _____

Dirección: _____Teléfono:_____