



Información Del Paciente		Fecha	<input type="text"/>
Apellido	<input type="text"/>	Individuo Responsable (Guardián)	
Primer Nombre	<input type="text"/>	Apellido	<input type="text"/>
Segundo Nom.	<input type="text"/>	Primer Nombre	<input type="text"/>
Sexo	<input type="text"/>	Segundo Nom.	<input type="text"/>
Fecha de Nacimiento	<input type="text"/>	Contacto de Emergencia	
		Nombre y Apellido	<input type="text"/>
# de Seguro Social	<input type="text"/>	Relación	<input type="text"/>
Domicilio	<input type="text"/>	Teléfono de Casa	<input type="text"/>
		Tel Movil.	<input type="text"/>
		Pariente mas Cercano	
Código Postal	<input type="text"/>	Nombre	<input type="text"/>
Ciudad	<input type="text"/>	Relación	<input type="text"/>
Teléfono de Casa	<input type="text"/>	Teléfono	<input type="text"/>
		Ocupación	
Teléfono Móvil	<input type="text"/>	Nombre de Empleado	<input type="text"/>
Tel. de Trabajo	<input type="text"/>	Teléfono de Empleado	<input type="text"/>
Correo Electrónico (necesario)	<input type="text"/>		
Farmacia preferida	<input type="text"/>	Información de Fiador	
Forma de contacto (escoja): Casa Móvil Trabajo		Apellido	<input type="text"/>
Idioma	<input type="text"/>	Primer Nombre	<input type="text"/>
Raza	<input type="text"/>	Segundo Nom.	<input type="text"/>
Identidad étnica	<input type="text"/>	Fecha de Nacimiento	<input type="text"/>
Estado Civil	<input type="text"/>	Domicilio	<input type="text"/>
Confinado en casa? SI NO			<input type="text"/>
Como se entero Usted de Nosotros? (escoja opciones)		Código Postal	<input type="text"/>
Publicidad Medico Principal Medico Especialista boca a boca		Ciudad	<input type="text"/>
		Estado	<input type="text"/>
Seguro Paciente en Oficina Hospital Seguro Co		Info Opcional	
		# de Seguro Social	<input type="text"/>
		Teléfono	<input type="text"/>
Otra:	<input type="text"/>		

Seguro Principal		Seguro Secundario	
Nombre de Seguro	<input type="text"/>	Nombre de Seguro	<input type="text"/>
Numero de ID	<input type="text"/>	Numero de ID	<input type="text"/>
Numero de Grupo	<input type="text"/>	Numero de Grupo	<input type="text"/>
Asegurado (si no es el paciente)		Asegurado Secundario (si no es el paciente)	
Relación del paciente al asegurado:	<input type="text"/>	Relación del paciente al asegurado:	<input type="text"/>
Apellido	<input type="text"/>	Apellido	<input type="text"/>
Primer Nombre	<input type="text"/>	Primer Nombre	<input type="text"/>
Segundo Nom.	<input type="text"/>	Segundo	<input type="text"/>
Domicilio	<input type="text"/>	Domicilio	<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Ciudad	<input type="text"/>	Ciudad	<input type="text"/>
Estado	<input type="text"/>	Estado	<input type="text"/>
Código Postal	<input type="text"/>	Código Postal	<input type="text"/>
Fecha de Nacimiento	<input type="text"/>	Fecha de Nacimiento	<input type="text"/>
Sexo	<input type="text"/>	Sexo	<input type="text"/>
Nombre del Empleador	<input type="text"/>	Nombre del Empleador	<input type="text"/>

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____