

INFANTS' & CHILDREN'S CLINIC, P.C. PATIENT INFORMATION FORM

Por favor escriba todos los pacientes que se encuentran actualmente en nuestra práctica.

Fecha: _____

1. **Apellido del paciente:** _____ **Nombre de pila:** _____ **MI:** _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Sexo:** _____ **Numero Social:** _____

Raza: () Asiático/a () Afroamericano/a () Caucásico/a
() Hispano/Latino/a () Indio americano/a () Nativo Hawaiano/a

Etnia: () Hispano/a () No Hispano/a **Idioma:** () Inglés () Español () Otro _____

2. **Apellido del paciente:** _____ **Nombre de pila:** _____ **MI:** _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Sexo:** _____ **Numero Social:** _____

Raza: () Asiático/a () Afroamericano/a () Caucásico/a
() Hispano/Latino/a () Indio americano/a () Nativo Hawaiano/a

Etnia: () Hispano/a () No Hispano/a **Idioma:** () Inglés () Español () Otro _____

3. **Apellido del paciente:** _____ **Nombre de pila:** _____ **MI:** _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Sexo:** _____ **Numero Social:** _____

Raza: () Asiático/a () Afroamericano/a () Caucásico/a
() Hispano/Latino/a () Indio americano/a () Nativo Hawaiano/a

Etnia: () Hispano/a () No Hispano/a **Idioma:** () Inglés () Español () Otro _____

Nombre del Guardián/a Primario: _____ **Relación con el paciente:** _____

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Teléfono: (____) _____ **Teléfono móvil:** (____) _____ **Correo Electrónico:** _____

Numero Social: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Teléfono del empleo:(____) _____ **Lugar de empleo:** _____

Nombre del Guardián/a Secundario: _____ **Relación con el paciente:** _____

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Teléfono: (____) _____ **Teléfono móvil:** (____) _____ **Correo Electrónico:** _____

Numero Social: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Teléfono del empleo:(____) _____ **Lugar de empleo:** _____

Método de Contacto Preferido: () Teléfono: _____ () Correo: _____

Estado Civil: () Casado/a () Soltero/a () Viudo/a () Divorciado/a

Farmacia preferida #1: _____ **Farmacia preferida #2:** _____

Seguro Primario: _____ **Nombre del asegurado (como se muestra en la tarjeta del seguro):** _____

Numero de Contrato: _____ **Numero de Grupo:** _____ **Fecha efectiva:** _____

Seguro Secundario: _____ **Nombre del asegurado (como se muestra en la tarjeta del seguro):** _____

Numero de Contrato: _____ **Numero de Grupo:** _____ **Fecha efectiva:** _____

Pariente más cercano (no viviendo con usted): _____ **Teléfono:** _____