



# FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES NUEVOS

900 Avenida Acaso, Suite A | Camarillo, CA 93012 | LLAMADA SIN COSTO 800-376-4968 | TELÉFONO 805-388-9336 | FAX 805-482-6324

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE (Adjunte una copia de la licencia de conducir: frente y revés)

APPELLIDO	PRIMER NOMBRE	INICIALES	SEGUNDO NOMBRE
N.º SS	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/>
TELÉFONO CELULAR	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		
DIRECCIÓN DE LA RESIDENCIA	DIRECCIÓN DEL TRABAJO		
CIUDAD/ESTADO Y CÓDIGO POSTAL	CIUDAD/ESTADO Y CÓDIGO POSTAL		
TELÉFONO DE CASA	FAX	TELÉFONO DE OFICINA	FAX
DIRECCIÓN DE ENVÍO (Si es distinta a la anterior)	REPRESENTANTE DE VENTAS		
IDIOMA	OCUPACIÓN	ESTADO CIVIL	

## INFORMACIÓN MÉDICA Y DE EMERGENCIA

CONTACTO DE EMERGENCIA	TELÉFONO	RELACIÓN
MÉDICO PRIMARIO	TELÉFONO	DIRECCIÓN
MÉDICO QUE REMITE	TELÉFONO	DIRECCIÓN
DIAGNÓSTICO (CÓDIGO ICD-9)	ESTATURA	PESO
		ALERGIA

## INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO (Adjunte una copia de las tarjetas del seguro y de los medicamentos con receta médica: frente y revés)

**GARANTE/TITULAR DE LA PÓLIZA** (Marcar la casilla  si el paciente es el titular de la póliza)

APPELLIDO	PRIMER NOMBRE	INICIALES	SEGUNDO NOMBRE
N.º SS	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN CON EL PACIENTE	
EMPLEADOR	OCUPACIÓN		
DIRECCIÓN	TELÉFONO		

MEDICARE  MEDICAID  COMERCIAL  HMO  PPO  COMP. TRABAJADORES
  MEDICARE  MEDICAID  COMERCIAL  HMO  PPO  COMP. TRABAJADORES
  MEDICARE PARTE D  MEDICAID  BENEFICIOS DE FARMACIA  PAP

SEGURO PRIMARIO	SEGURO SECUNDARIO	TARJETA DE MEDICAMENTOS CON RECETA/DESCUENTO
NOMBRE DEL PLAN	NOMBRE DEL PLAN	NOMBRE DEL PLAN
N.º DE IDENTIFICACIÓN DEL SUSCRIPTOR	N.º DE IDENTIFICACIÓN DEL SUSCRIPTOR	N.º DE IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO
GRUPO N.º	GRUPO N.º	GRUPO DE MEDICAMENTOS CON RECETA MÉDICA N.º
DIRECCIÓN DE RECLAMO	DIRECCIÓN DE RECLAMO	BIN DE MEDICAMENTO CON RECETA MÉDICA N.º
CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL	CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL	CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL
N.º DE TELÉFONO DE SERVICIOS AL AFILIADO	N.º DE TELÉFONO DE SERVICIOS AL AFILIADO	N.º DE TELÉFONO DE SERVICIOS AL AFILIADO
FECHA DE VIGENCIA DE LA COBERTURA	FECHA DE VIGENCIA DE LA COBERTURA	FECHA DE VIGENCIA DE LA COBERTURA