FORMULARIO DE ADMISIÓN DE PACIENTE NUEVO

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE (Apellido, Nombre, Inicial)			
DIRECCIÓN	**CIUDAD**	**ESTADO**	**CÓDIGO POSTAL**
SEXO DE NACIMIENTO **( ) MASCULINO ( )Femenina**	**NÚMERO DE SEGURO SOCIAL**	**Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)**	
TELÉFONO CASA OK PARA LLAMAR	**TELÉFONO MÓVIL OK PARA LLAMAR**	**TELÉFONO DE TRABAJO OK PARA LLAMAR**	
EMAIL	**¿Cómo escuchaste de nosotros?**		
MÉDICO REFERENTE	**DIRECCIÓN**	**NÚMERO DE TELÉFONO**	
NOMBRE DEL CONTACTO DE EMERGENCIA	**RELACIÓN**	**NÚMERO DE TELÉFONO**	

INFORMACIÓN SOBRE LESIONES/ENFERMEDADES

DIAGNÓSTICO	**FECHA DE LA LESIÓN (DD/MM/AAAA)**	**FECHA DE CIRUGÍA (DD/MM/AAAA)**
NATURALEZA DE LA LESIÓN/ENFERMEDAD	**TIPO DE LESIÓN** **EN EL TRABAJO VEHÍCULO DE MOTOR OTRA**	

INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIMARIO

COMPAÑÍA DE SEGURO PRIMARIO		**NÚMERO DE TELÉFONO**	
NOMBRE DE LOS SUSCRIPTORES	**SUSCRIPTORES Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)**	**RELACIÓN**	
ID#	**GRUPO ID#**	**EMPLEADOR / TELÉFONO**	
DIRECCIÓN DEL SEGURO			

INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIO

COMPAÑÍA DE SEGUROS SECUNDARIOS		**NÚMERO DE TELÉFONO**	
NOMBRE DE LOS SUSCRIPTORES	**SUSCRIPTORES Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)**	**RELACIÓN**	
ID#	**GRUPO ID#**	**EMPLEADOR / TELÉFONO**	
DIRECCIÓN DEL SEGURO			

INFORMACIÓN DEL GARANTE

NOMBRE DEL GARANTE	**NÚMERO DE TELÉFONO**		**Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)**
DIRECCIÓN	**CIUDAD**	**ESTADO**	**CÓDIGO POSTAL**

Reconozco que toda la información que he proporcionado en estos formularios es verdadera, precisa, actual y completa.

_____ _____ _____

Firma Nombre impreso Fecha