



3270 Joe Battle, Suite #360
El Paso, TX 79938

Telefono: 915.351.9000
Fax: 915.351.9041

REGISTRACION DE PACIENTE

NOMBRE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____ **EDAD:** _____ **SEXO**
Estado Civil **M/F**
S C V D SEP

DOMICILIO: _____ **CIUDAD/ESTADO/CP:** _____

TELEFONO: (CASA) _____ **(TRABAJO)** _____ **(CEL)** _____

NSS #: _____ **PUESTO/LUGAR DE EMPLEO:** _____

NOMBRE DE ESPOSO(A)/TUTOR: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____
TELEFONO: _____

NSS #: _____ **LUGAR DE EMPLEO:** _____

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA: _____ **TELEFONO:** _____
(DIFERENTE A ESPOSO(A) (NOMBRE) (DOMICILIO) (PARENTESCO)

REFERIDA POR: _____ **FARMACIA Y DIRECCION:** _____

SI ES MENOR DE 18 AÑOS (NOMBRE DE PADRE/TUTOR): _____ **EMAIL:** _____

RAZON DE SU VISITA: _____

INFORMACION DE SEGURO MEDICO Y FACTURA

MEDICARE #: _____ **MEDICAID #:** _____

PERSONA RESPONSABLE DE LA FACTURA: _____ **PARENTEZCO:** _____
(SI ES DIFERENTE AL PACIENTE)

DIRECCION DE FACTURACION: _____ **TELEFONO:** _____
(SI ES DIFERENTE)

SEGURO PRIMARIO: _____

NOMBRE DE ASEGURADO: _____ **PARENTEZCO:** _____
DE POLIZA: _____ **# DE GRUPO:** _____

SEGURO SECUNDARIO: _____

NOMBRE DE ASEGURADO: _____ **PARENTEZCO:** _____
DE POLIZA _____ **# DE GRUPO** _____

TIENE USTED DIRECTIVA AVANZADA? S / N

FIRMA DE PACIENTE/TUTOR: _____ **FECHA:** _____

EL PAGO SE REQUIERE EN EL MOMENTO DE SERVICIO