



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**
M/F

Estado Civil Raza
S C V D SEP **N H B OTRO**

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: _____

TIENE USTED DIRECTIVA AVANZADA? S / N

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

EL PAGO SE REQUIERE EN EL MOMENTO DE SERVICIO