



Registración del Paciente

Bienvenidos a Cucamonga Valley Medical Group. Estamos comprometidos en proporcionarle el cuidado mejor, y el cuidado más comprensivo posible. Le animamos hacer preguntas. Por favor asístanos completando la información siguiente. Toda la información es confidencial y será divulgada únicamente con su consentimiento.

Información del paciente

NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE		INICIAL	FECHA DE HOY	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD
PADRE (SI EL PACIENTE ES UN MENOR DE EDAD)		RAZA DEL PACIENTE		GENERO	
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL PACIENTE	NÚMERO DE LICENCIA DE CONDUCIR DEL PACIENTE	ESTADO CIVIL			
DIRECCIÓN DEL HOGAR	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL		
DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA (ESCRIBA "IGUAL" SI IGUAL DEL HOGAR)	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL		
NÚMERO DE CASA	NÚMERO DE CELULAR	TELÉFONO DE TRABAJO Y EXT.			
CORREO ELECTRÓNICO	OCUPACIÓN	NOMBRE DEL PATRÓN (DE ESCUELA SI ES ESTUDIANTE DE TIEMPO COMPLETO)			
DIRECCIÓN DEL TRABAJO (DE ESCUELA SI ES ESTUDIANTE DE TIEMPO COMPLETO)	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL		

¿CÓMO OYÓ DE NUESTRA PRÁCTICA?

Información de contacto emergencia: Quién debemos notificar en caso de una emergencia

NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE CONTACTO		INICIAL	RELACIÓN AL PACIENTE		
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL		
NÚMERO DE CASA	NÚMERO DE CELULAR	TELÉFONO DE TRABAJO Y EXT.			

Información del garante: Persona Responsable por los Pagos / Parte Asegurada / Guardián Legal

NOMBRE Y APELLIDO		RELACIÓN AL PACIENTE			
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL		
NÚMERO DE CASA	NÚMERO DE CELULAR	TELÉFONO DE TRABAJO Y EXT.			
COMPañÍA DE SEGURO	DIRECCIÓN PARA RECLAMOS				
NOMBRE DEL SUSCRIPTOR	FECHA DE NACIMIENTO	NSS DEL SUSCRIPTOR	NO. DE I.D. DEL SEGURO		
SEGURO SECUNDARIO	DIRECCIÓN PARA RECLAMOS				
SUBSCRIBER'S NAME	FECHA DE NACIMIENTO	NSS DEL SUSCRIPTOR	NO. DE I.D. DEL SEGURO		

¿SE LESIONO EN EL TRABAJO? sí no ¿USTED HA INFORMADO A SU PATRÓN? sí no