

# Bienvenido



Fecha: \_\_\_\_\_

ID/DL # \_\_\_\_\_

SS# \_\_\_\_\_

## Información del Paciente *(CONFIDENCIAL)*

Celular \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Marque la casilla que corresponda:  Menor  Soltero(a)  Casado(a)

Empleador del paciente \_\_\_\_\_ Teléfono del Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Persona a llamar en caso de emergencia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

## *Persona responsable*

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

ID/DL # \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Empleador del paciente \_\_\_\_\_ Teléfono del Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

## Información de Referencia

¿Le fuimos recomendados por uno de nuestros pacientes?  Sí  No

En caso afirmativo ¿A quién debemos agradecer? \_\_\_\_\_

En caso Negativo ¿Cómo nos encontró? \_\_\_\_\_

## *Reconocimiento de HIPPA*

He leído y me han ofrecido una copia del Aviso de Practicas de Privacidad.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o del Padre/Madre si el paciente es menor de edad

\_\_\_\_\_  
Escriba su nombre

Fecha \_\_\_\_\_