



**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**  
(IMPRIMIR CLARO Y COMPLETO)

**NOMBRE DEL PACIENTE :** \_\_\_\_\_

**PRIMER** \_\_\_\_\_ **SEGUNDO** \_\_\_\_\_ **APELLIDO** \_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_ **SEGURO SOCIAL:** \_\_\_\_\_

(Marque con un círculo) SOLTERO/A O CASADO/A

(Por favor, circule) No es un estudiante Estudiante a tiempo completo Estudiante a tiempo parcial

**DIRECCION DE CASA:** \_\_\_\_\_

**NUMERO DE CASA Y CALLE** \_\_\_\_\_ **CIUDAD** \_\_\_\_\_ **ESTADO** \_\_\_\_\_ **CÓDIGO POSTAL** \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN DE ENVÍO:** \_\_\_\_\_

**NUMERO DE CASA Y CALLE** \_\_\_\_\_ **CIUDAD** \_\_\_\_\_ **ESTADO** \_\_\_\_\_ **CÓDIGO POSTAL** \_\_\_\_\_

\*Si la dirección postal es igual a la dirección de casa deje en blanco.

**NÚMERO DE TELÉFONO DE CASA:** \_\_\_\_\_

**NÚMERO CELULAR:** \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:** \_\_\_\_\_

¿Desea recordatorios por correo electrónico para sus citas? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**Médico referente:** \_\_\_\_\_

**EMPLEADOR:** \_\_\_\_\_ **TELÉFONO:** \_\_\_\_\_

**POSICIÓN:** \_\_\_\_\_ **¿CUÁNTO TIEMPO EN EL PRESENTE EMPLEADOR?** \_\_\_\_\_

---

**EN CASO DE EMERGENCIA, CONTACTAR A:** \_\_\_\_\_ **TELÉFONO:** \_\_\_\_\_

**RELACIÓN CON EL PACIENTE:** \_\_\_\_\_

---

**TIENES SEGURO: SÍ O NO**

SI NO, ¿CÓMO PRETENDES PAGAR? \_\_\_\_\_ **EFFECTIVO** \_\_\_\_\_ **CHEQUE** \_\_\_\_\_ **CREDITO** \_\_\_\_\_

**NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS:** \_\_\_\_\_

**NÚMERO DE PÓLIZA:** \_\_\_\_\_ **NÚMERO DE GRUPO:** \_\_\_\_\_

**SECUNDARIO:** \_\_\_\_\_ **NÚMERO DE PÓLIZA:** \_\_\_\_\_

---

**PERSONA FINANCIERAMENTE RESPONSABLE DE ESTA CUENTA:** \_\_\_\_\_

**DIRECCION:** \_\_\_\_\_

**SEGURO SOCIAL:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_

---

**ACCIDENTE AUTOMOVILISTICO:** \_\_\_ SÍ \_\_\_ NO \_\_\_\_\_ **FECHA DE LESIÓN / INCIDENTE:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **EN FALTA** \_\_\_\_\_ **NO EN FALTA** \_\_\_\_\_

**EMPRESA DE SEGUROS DE RESPONSABLE:** \_\_\_\_\_

**NUMERO DE RECLAMO:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL AJUSTADOR:** \_\_\_\_\_ **TELÉFONO:** \_\_\_\_\_

**DIRECCION:** \_\_\_\_\_

COMPESACION LABORAL: \_\_\_ SÍ \_\_\_ NO      FECHA DE INCIDENTE: \_\_\_\_\_

EMPLEADOR: \_\_\_\_\_ CONTACTO: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

---