

# REGISTRO DE PACIENTE

**POR FAVOR DE COMPLETAR LA FORMA COMPLETAMENTE**

FECHA DE HOY:	NOMBRE DEL MÉDICO PRINCIPAL:	NOMBRE DEL MÉDICO QUE SE REFIERE:
---------------	------------------------------	-----------------------------------

## INFORMACION DE PACIENTE

APELLIDO		NOMBRE		INIC.	APODO
FECHA DE NACIMIENTO / /	SEXO <input type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEMEN.	NUMERO DE SEGURO - -		EMAIL	
ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> OTRO		NUMERO DE CELULAR ( )		NUMERO CASA ( )	
ESTADO DE EMPLEO <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> MC <input type="checkbox"/> Decempl <input type="checkbox"/> Jubilados		LUGAR DE EMPLEO		NUMERO TRABAJO ( )	
DOMICILIO (NO CAJAS POSTALES)			CIUDAD	EST	CODIGO POSTAL
DOMICILIO (DONDE RECIBE SU CORRESPONDENCIA)			CIUDAD	EST	CODIGO POSTAL
NOMBRE DE ESPOSO/A		EMPLEO DE ESPOSO/A		NUMERO DE TELÉFONO DE ESPOSO/A ( )	
A QUIEN NOTIFICAR EN CASO DE EMERGENCIA			RELACION	TELÉFONO DE CONTACTO DE EMERGENCIA ( )	

## PERSONA RESPONSABLE *REQUERIDO PARA MENORES*

ELIGIR RELACION AL PACIENTE

MADRE     PADRE     TUTOR LEGAL     ESPOSO/A     OTRO \_\_\_\_\_

APELLIDO	PRIMER NOMBRE	INIC.	FECHA DE NACIMIENTO / /	NUMERO DE SEGURO - -
TELÉFONO DE CASA ( )		TELÉFONO DE TRABAJO ( )		NUMERO DE CELULAR ( )
DOMICILIO PERMANENTE			CIUDAD	EST    CODIGO POSTAL

## INFORMACION DE SEGURO *POR FAVOR ENTREGAR TARJETAS A RECEPCIONISTA*

COMPANIA DE SEGURO (PRIMARIA)		NOMBRE DEL ASEGURADO		
FECHA DE NACIMIENTO / /	NUMERO DE IDENTIFICACION	NUMERO DE GRUPO		
COMPANIA DE SEGURO (SECUNDARIA)		NOMBRE DEL ASEGURADO		
FECHA DE NACIMIENTO / /	NUMERO DE IDENTIFICACION	NUMERO DE GRUPO		

**NO TENGO OTRO TIPO DE SEGURO**    *Si tiene seguro tercero, por favor entregar tarjetas a recepcionista*

## PREGUNTAS IMPORTANTES

1. ¿Alguna vez ha recibido el mismo articulo o similares de otro proveedor antes?     NO  SI    ¿Si es si, CUANDO?

2. ¿Fue accidente de trabajo o de auto?     NO     SI    **Fecha de Accidente:** / /

3. ¿Si usted tiene Medicare B; Se encuentra su domicilio arriba de su domicilio permanente?     NO  SI  
     ¿Si este no es su domicilio permanente, vive mas de 6 meses en este domicilio?     NO  SI

4. Por favor marque ✓ si usted es alergico a     NEOPRENE     LATEX

## UTILIZACION DE BENEFICIOS Y CONCENTIMIENTO DE INFORMACION

Yo autorizo que las companias de seguro nombradas arriba/e paguen a **VIPO** directamente por el servicio o articulos o de otra manera cobrarme a mi sin exeder por los servicios.

Yo entiendo que lo que no pague mi seguro yo soy responsable de pagar.

Yo autorizo que usen mi informacion medica necesaria para proceder por todos los reclamos hechos por **VIPO** y yo mismo/a.

▶	▶
FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR LEGAL	FECHA