



CHI
St. Joseph
Health

Formulario de registro de pacientes

Nombre del paciente: _____
Apellidos Primer nombre Segundo nombre

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Teléfono: (Principal) _____ (Celular) _____ (Trabajo) _____

Fecha de nacimiento _____ Correo electrónico: _____

Sexo: Masculino Femenino No. de seguridad social: _____

Estado civil: Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a)

Situación laboral: Tiempo completo Medio tiempo Empleador: _____

Estudiante: Tiempo completo Medio tiempo NA Institución educativa: _____

Nombre del cónyuge: _____ Fecha de nac.: _____ SS No. _____

Raza: Indio americano o nativo de Alaska Blanco
 Afroamericano Hispano
 Asiático Nativo de Hawái
 Otro: _____

Etnia: Hispano No hispano Idioma nativo: _____

Licencia de conducción #: _____ Estado: _____

Remitido por: _____

Contacto en caso de emergencia: _____ Relación: _____

Teléfono de contacto en el día: _____ Teléfono de contacto en la noche: _____

Nombre de la farmacia local preferida: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Farmacia de pedidos por correo: _____

Cómo se enteró de nosotros: Anuncio en el periódico Anuncio en TV/radio Páginas amarillas
 Referencia de un familiar/amigo Internet Otro _____

Llene esta sección si el PACIENTE es estudiante o menor de edad:

Nombre de la madre: _____ Fecha de nac.: _____ SS No.: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Nombre del padre: _____ Fecha de nac.: _____ SS No.: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____