

Nuevo formulario de Ingreso de Paciente

Información del Paciente			
Nombres Samanta	Apellidos Carter	Nombre Preferido Sam	Identificador del paciente (si se conoce)
Genero Femenino	Pronombres Preferidos Ella	Fecha de Nacimiento 22/07/1989	Estado Civil Soltera
Domicilio 999 Avenida Ejemplo	Ciudad Nueva York	Estado NY	Código Postal 000
Correo electrónico "Samantha.carter@123.com"	Número de teléfono preferido 000-111-222		
Contacto de Emergencia			
Nombre y Apellido Rogelio Carter	Parentesco Padre	Numero de Contacto 999-111	
Nombre y Apellido Emilio Carter	Parentesco Hermano	Numero de Contacto 789-128	
Información Médica y de Salud			
Médico de cabecera Emilio Peterson	Domicilio Calle Ejemplo 55 NY	Numero de contacto 111-111	
Por favor, enumere cualquier condición médica No aplica			
Por favor, enumere cualquier medicamento actual No aplica			
Información del Seguro (si corresponde)			
Compañía de Seguros Salud Universal	Plan de Seguro A2	Número de contacto 788-988	
Número de póliza X3298	Grupo Número B	Número de Seguro Social 123456	
Situación laboral			
<input checked="" type="radio"/> Empleado/a <input type="radio"/> Autónomo/a <input type="radio"/> Desempleado/a <input type="radio"/> Otro _____			
Ocupación Programador de software	Industria Tecnología Informática	Nombre de la empresa Diseñadores Web X	
Dirección de la Empresa Calle Ejemplo 6	Ciudad Nueva York	Estado NY	Código Postal 0021
Todas las respuestas suministradas a las preguntas anteriores se responden con precisión a mi mejor conocimiento. Entiendo que cualquier información inexacta puede ser peligrosa para mi salud (o la del paciente).			
Nombre del padre o tutor (si corresponde)	Relación con el Paciente (si corresponde)		
Firma del Paciente, Padre o tutor	Fecha 09/10/2022		

