

Nuevo formulario de Ingreso de Paciente

Información del Paciente			
Nombres	Apellidos	Nombre Preferido	Identificador del paciente (si se conoce)
Genero	Pronombres Preferidos	Fecha de Nacimiento	Estado Civil
Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal
Correo electrónico		Número de teléfono preferido	
Contacto de Emergencia			
Nombre y Apellido	Parentesco	Numero de Contacto	
Nombre y Apellido	Parentesco	Numero de Contacto	
Información Médica y de Salud			
Médico de cabecera	Domicilio	Numero de contacto	
Por favor, enumere cualquier condición médica			
Por favor, enumere cualquier medicamento actual			
Información del Seguro (si corresponde)			
Compañía de Seguros	Plan de Seguro	Número de contacto	
Número de póliza	Grupo Número	Número de Seguro Social	
Situación laboral			
<input type="radio"/> Empleado/a <input type="radio"/> Autónomo/a <input type="radio"/> Desempleado/a <input type="radio"/> Otro _____			
Ocupación	Industria	Nombre de la empresa	
Dirección de la Empresa	Ciudad	Estado	Código Postal
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	

