

PatronMedical

Registracion Para Pacientes de Estudios

Nombre del Paciente	Sexo: M F	Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____	Estado Marital: Soltero [] Casado [] Divoricado [] Viudo []
Direccion:	Telefono de Casa: Numero Cellular:	Numero de Seguro Social:	
Cuidad:	Correo Electronico		
Raza: Blanco [] Negro/Africano Americano [] Indio Americano/ Nativo de Alaska [] Asiatico [] Otra Isla del Pacifico _____ Otra Raza: _____			
Lugar De Empleo o estatus Corriente;	Ocupacion:	# de Telefono del Trabajo :	
Direccion:			
Persona la cual notificar en caso de emergencia: Direccion: :	Relacion	Numero en Caso de Emergencia:	

Tiene actualmente un Medico de Atencion Primaria?

_____ Si, Actualmente tengo un Medico de Atencion Primaria.

Nombre del Doctor: _____

Dirreccion _____

Telefono: __ (____) _____

_____ No, Actualmente No tengo un Medico de atencion Primaria.

_____ Dr. Andres Patron es mi Medico De Atencion Primaria.

Podemos contactar a su Medico de Atencion Primaria para solicitar su historial Medico?

___ Si, doy permiso a que el doctor donde realizare o estoy realizando el studio a que solicite mi Historial Medico.

___ No, doy permiso a que el doctor donde realizare o estoy realizando el studio a que solicite mi Historial Medico.

Firma del Paciente

Fecha