



# FORMA DE REGISTRO

(FAVOR USAR LETRA DE IMPRENTA O DE MOLDE)

## CASH

Fecha de hoy:			PCP:		
<b>INFORMACION DEL PACIENTE</b>					
Apellido Paterno:		Nombre:	Segundo nombre:	<input type="checkbox"/> Mr. <input type="checkbox"/> Mrs.	<input type="checkbox"/> Miss. <input type="checkbox"/> Ms.
Estado civil Soltero / Casado / Div / Sep / Viudo					
Es Alergico a alguna medicina? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	si lo es, a cual medicina?	Es mayor de 18?		Fecha de Nacimiento: / /	Edad:
Sexo: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M					
Direccion:		Seguro Social no.:		Telefono: ( )	
Apt #:	Ciudad:		Estado:		Codigo Postal:
Ocupacion:	Trabajo:			Telefono del trabajo: ( )	
Como supo de la clinica?			<input type="checkbox"/> Dr.	<input type="checkbox"/> Plan de Aseguranza	<input type="checkbox"/> Hospital
<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Amigo	<input type="checkbox"/> Vive o trabaja cerca de la clinica		<input type="checkbox"/> paginas amarillas	<input type="checkbox"/> Otro

<b>RESPONSABLE DEL PACIENTE (SI ES MENOS DE 18)</b>					
Nombre de la persona responsable:		Fecha de Nacimiento / /	Direccion (si es diferente)		Telefono.: ( )
Es paciente de la clinica? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si no, quien fue el medico?				
Ocupacion:	Trabajo:	Direccion del trabajo:		Telefono del trabajo: ( )	

<b>RAZON DE LA VISITA</b>					
Porfavor indique la razon de la visita	<input type="checkbox"/> Resfrio	<input type="checkbox"/> Dolores y malestares	<input type="checkbox"/> Vacunas	<input type="checkbox"/> Papanicolao	<input type="checkbox"/> Mamograma
<input type="checkbox"/> Physical Exam	<input type="checkbox"/> Referido por algun abogado		<input type="checkbox"/> Otra	Nombre del Abogado:	

<b>EN CASO DE EMERGENCIA</b>					
Nombre de la persona o amigo (no viva en la misma casa):		Relacion con el paciente:	Telefono de casa.: ( )	Telefono del trabajo.: ( )	

La informacion submitida es la mas reciente que tengo, Yo autorizo a INSTANT CARE MEDICAL CLINIC para que me de servicios medicos incluyendo laboratorio y rayos X, que sean medicamento necesarios que se me hagan, por lo tanto estoy de acuerdo, que mis resultados no pueden ser entregados por telefono, correo o dados a otra persona que no sea yo, la clinica podra otorgar informacion de mi expediente medico, si es requerido y necesario a otros doctores que lo requieran para el bienestar de mi salud

Patient/Guardian signature		Date	
----------------------------	--	------	--