



## REGISTRO DE PACIENTES

Apellido: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Telefono de Casa: \_\_\_\_\_

Telefono Movil: \_\_\_\_\_

Sexo: Masculino Femenino Otro

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Correo Electronico: \_\_\_\_\_

Idioma: \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_

Etnicidad: \_\_\_\_\_

Nombre de madre o padre: \_\_\_\_\_

Relacion al paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Telefono Movil: \_\_\_\_\_

### Contacto de Emergencia (no en casa)

Nombre: \_\_\_\_\_

Relacion al paciente: \_\_\_\_\_

Telefono Movil: \_\_\_\_\_

Nombre de farmacia de preferencia: \_\_\_\_\_

Ciudad de farmacia de preferencia: \_\_\_\_\_

### Titular de Poliza:

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Relacion al paciente: \_\_\_\_\_