

## REGISTRO DEL PACIENTE

|  |  |                                   |                                       |                                     |                                  |
|--|--|-----------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| Nombre del Paciente  | Fecha de Hoy   | Fecha de Nacimiento               | Sexo                                  | Edad                                |                                  |
| Estado Civil   | <input type="checkbox"/> Soltero/a   | <input type="checkbox"/> Casado/a | <input type="checkbox"/> Divorciado/a | <input type="checkbox"/> Separado/a | <input type="checkbox"/> Viudo/a |
| Nombre de Padre/si Menor de edad                               | Correo Electrónico   |                                   |                                       |                                     |                                  |
| Seguro Social  | Numero de la Licencia de Conducir de Florida   |                                   |                                       |                                     |                                  |
| Domicilio del Hogar  | Ciudad   | Estado                            | Codigo Postal                         |                                     |                                  |
| Domicilio de Coreo si Diferente Alde Hogar                     | Ciudad   | Estado                            | Codigo Postal                         |                                     |                                  |
| Número Telefono del Hogar                                      | Número Telefonico co del Empleo  | Número Celular                    |                                       |                                     |                                  |
| Ocupación  | Nombre del Empleo  |                                   |                                       |                                     |                                  |
| Domicilio del Empleo   | Ciudad   | Estado                            | Codigo Postal                         |                                     |                                  |
| Nombre de Esposo/a   | Empleo   |                                   |                                       |                                     |                                  |
| Nombre de Médico Primario                                      | Número Telefonico  |                                   |                                       |                                     |                                  |
| Razón Por Su Visita  | Quien nos Recomendó?   |                                   |                                       |                                     |                                  |
| <b>NOTIFICACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA</b>                      |  |                                   |                                       |                                     |                                  |
| Nombre   | Relación   |                                   |                                       |                                     |                                  |
| Domicilio  | Ciudad   | Estado                            | Codigo Postal                         |                                     |                                  |
| Número Telefonico del Hogar                                    | Número Telefonico del Empleo   |                                   |                                       |                                     |                                  |
| Nombre De Pariente Mas Cercano, que No Viva Con Usted          |  |                                   |                                       |                                     |                                  |
| Número Telefono del Hogar                                      | Número Telefonico del Empleo   |                                   |                                       |                                     |                                  |
| <b>INFORMACIÓN DE FINANZAS: PERSONA RESPONSABLE POR COSTOS</b> |  |                                   |                                       |                                     |                                  |
| Nombre del seguro Primario                                     |  |                                   |                                       |                                     |                                  |
| Nombre del Asegurado   | Relación del Asegurado   | Tipo de Seguro                    |                                       |                                     |                                  |
|  | Propio <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Niño/a <input type="checkbox"/> |                                   |                                       |                                     |                                  |
| Nombre de Identificación del Seguro:                           | Número de Grupo  |                                   |                                       |                                     |                                  |
| Seguro Secundario  |  |                                   |                                       |                                     |                                  |
| Nombre de Asegurado  | Relación del Asegurado   | Tipo de Seguro                    |                                       |                                     |                                  |
|  | Propio <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Niño/a <input type="checkbox"/> |                                   |                                       |                                     |                                  |
| Número de Identificación:                                      | Número de Grupo  |                                   |                                       |                                     |                                  |
| Fue Lastimado en el Trabajo?                                   | SI   | NO                                | Ha informado a su empleo?             | SI                                  | NO                               |
| Día Original Que Se Lastimo:                                   |  |                                   |                                       |                                     |                                  |

Ubicación de Coral Gables  
814 Ponce de Leon Blvd.  
Suite 510  
Coral Gables, Florida 33134

Ubicación en Miami  
3850 SW 87th Avenue  
Suite 304  
Miami, FL 33165