



**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Nombre del Paciente: Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ 2o. Nombre \_\_\_\_\_  
Seguro Social #: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono #: Diurno (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Nocturno (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Cel. (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Dirección Electrónica: \_\_\_\_\_  
Médico quien solicita el examen: \_\_\_\_\_ otro médico quien recibe el reporte: \_\_\_\_\_

**RESIDENTES DE TEMPORADA - FAVOR DE DAR SU DIRECCIÓN PERMANENTE:**

Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono #: Diurno (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Nocturno (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Cel. (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
¿VIVE USTED (el paciente) ACTUALMENTE EN UN CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADO?  Sí  No  
Si contestó Sí, favor de dar el nombre y el teléfono del centro.  
Nombre del Centro: \_\_\_\_\_ Teléfono #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**IDIOMA PRIMARIO:** \_\_\_\_\_

**PERSONA A AVISAR EN CASO DE EMERGENCIA:** \_\_\_\_\_

**Teléfono #:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ **Parentesco:** \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR**

Está usted (haga un círculo)                      Empleado                      Desempleado                      Jubilado                      Estudiante  
Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_  
Dirección del Empleador: \_\_\_\_\_  
**Información de la Parte Responsable:**  
Nombre de la Parte Responsable: Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ 2o. Nombre \_\_\_\_\_  
Parentesco del Paciente con la Parte Responsable: \_\_\_\_\_  
Sexo: M F    Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_                      Social Security #: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_                      Apto.#: \_\_\_\_\_  
Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono @: Casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Cel. (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Empleador de la Parte Responsable: \_\_\_\_\_

