



REGISTRO DEL PACIENTE

Welcome to our office. We are committed to providing the best, most comprehensive care possible. We encourage you to ask questions. Please assist us by providing the following information. All information is confidential and is released only with your consent. Please fill in the blanks below the line.

Dr. Señor Señora Señorita Sr. Jr. Otro: _____

Nombre	Sexo	Edad	Estado civil
Numero de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Empleador/ Ocupación	
Dirección de su residencia	Ciudad	Estado	Zip
Dirección de correo si diferente a residencia	Ciudad	Estado	Zip
Numero de telefono casa:	Telefono del Trabajo:	Numero celular:	
Persona a contactar en caso de emergencia:	Numero de telefono:		
Dirección de correo electronico:			
Quien lo refirio a nosotros?, por favor circule una opción: Consult a Nurse Health grades JFK E.R. PW E.R. PCP Other: _____			
Farmacia:	Numero de Telefono:		
Medico Primario:	Numero de Telefono:		
Otro Doctor/Especialista:	Numero de Telefono:		
INFORMACION FINANCIERA: PERSONA RESPONSABLE			
Compañía de Seguro Primaria	Dirección		
Nombre de la persona en la poliza (si no es el paciente)	Fecha de Nacimiento	Numero de Seguro Social	
Compañía de Seguro Suplementario			
Nombre de la persona en la poliza (si no es el paciente)	Fecha de Nacimiento	Numero de Seguro Social	
Yo autorizo a Digestive Disease Center of the Palm Beaches para divulgar mi información de salud y doy acceso cualquier información medica o financiera a las siguientes personas:			
1. _____	Parentesco/Relación: _____		
2. _____	Parentesco/Relación: _____		
3. _____	Parentesco/Relación: _____		
4. _____	Parentesco/Relación: _____		
Yo, afirmo que la información proveída en esta forma es correcta.			
_____		_____	
Paciente o Persona autorizada		Fecha	