

NUEVA FORMA DE REGISTRO DEL PACIENTE

FECHA DE HOY: _____

LA RAZON POR SU VISITA:

MOTIVO DE CONSULTA:	
REFERIDO POR EL MEDICO:	TELEFONO: (____) ____ - ____
<ul style="list-style-type: none"> • ACCIDENTE AUTO MOVILISTICOS 	<ul style="list-style-type: none"> • LESIONES PERSONALES- RESBALONES Y CAIDA
<ul style="list-style-type: none"> • RELACIONADOS CON TRABAJO- COMPENSACION A LABORAR 	<ul style="list-style-type: none"> • TRATAMIENTO MEDICO

INFORMATION DEL PACIENTE:

APELLIDO:	NOMBRE:	SEGUNDO NOMBRE:							
FECHA DE NACIMIENTO :		SEXO:							
MES	DIA	ANO	<ul style="list-style-type: none"> • MASCULINO • FEMENINA 						
			ESTADO CIVIL :						
			<table border="1"> <tr> <td>SOLTERO(A)</td> <td>VIUDO(A)</td> </tr> <tr> <td>CASADO(A)</td> <td>SEPARDO(A)</td> </tr> <tr> <td>DIVORCIADO(A)</td> <td>COMPANERO(A)</td> </tr> </table>	SOLTERO(A)	VIUDO(A)	CASADO(A)	SEPARDO(A)	DIVORCIADO(A)	COMPANERO(A)
SOLTERO(A)	VIUDO(A)								
CASADO(A)	SEPARDO(A)								
DIVORCIADO(A)	COMPANERO(A)								

DIRECION DE HOGAR:	CIUDAD:						
ESTADO:	CODIGO POSTAL:						
TELEFONO: (____) ____ - ____	CELULLAR: (____) ____ - ____						
CORREO ELECTRÓNICO:	PODEMOS DEJAR UN MENSAJE:						
	<ul style="list-style-type: none"> • SI • NO 						
EMPLEO:	ESTADO DE EMPLEO:						
	<table border="1"> <tr> <td>TIEMPO COMPLETO</td> <td>POR CUENTA PROPIA</td> <td>RETIRADO</td> </tr> <tr> <td>MEDIO TIEMPO</td> <td>DESEMPLEADO</td> <td>OTRO</td> </tr> </table>	TIEMPO COMPLETO	POR CUENTA PROPIA	RETIRADO	MEDIO TIEMPO	DESEMPLEADO	OTRO
TIEMPO COMPLETO	POR CUENTA PROPIA	RETIRADO					
MEDIO TIEMPO	DESEMPLEADO	OTRO					
TELEFONO DE TRABAJO: (____) ____ - ____	SEGURO SOCIAL: ____ - ____ - ____						

EMERGENCIA INFORMACIÓN DE CONTACTO:

NOMBRE DE CONTACTO:	TELEFONO: (_ _ _) _ _ _ - _ _ _ _ _	RELACION:
----------------------------	---	------------------