

# Park Lakes Family Medicine, P.A.

Aesthetics, Wound Care & Hyperbaric Medicine



## REGISTRO DEL PACIENTE (Porfavor escriba en letra de molde)

Apellido del paciente \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Inicial del Segundo Nombre \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa \_\_\_\_\_ N° del Seguro Social \_\_\_\_\_ M/F \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono de la Casa \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_

Contacto en Caso de Emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Empleado? S/N \_\_\_\_\_ Nombre del Empleador \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

## INFORMACION DE ASEGURANZA

(Por favor entregue su tarjeta a la recepcionista.)

**1er Seguro Medico:** Esta el paciente cubierto/a por un seguro medico? S/N \_\_\_\_\_

Por favor indique el nombre de su seguro primario:  Aetna  BCBS  Cigna  COM

Humana  Medicare  Medicaid  UHC  Texas True Choice

OTRO \_\_\_\_\_

Subscriber \_\_\_\_\_ Género M/F \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

N° del Seguro Social \_\_\_\_\_ N° de Póliza \_\_\_\_\_ N° del Grupo \_\_\_\_\_

Relación entre el paciente y subscriber \_\_\_\_\_

**2do Seguro Medico:** Tiene usted otro seguro médico? SI \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Compañía de seguro secundario \_\_\_\_\_

Subscriber \_\_\_\_\_ Género M/F \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

N° del Seguro Social \_\_\_\_\_ N° de Póliza \_\_\_\_\_ N° del Grupo \_\_\_\_\_

Relación entre el paciente y subscriber \_\_\_\_\_

**Continúe→**

**(SOLO PARAMENORES DE EDAD)**

Nombre de la madre \_\_\_\_\_

Nombre del padre \_\_\_\_\_

Dirección (si es diferente a la de arriba)  
\_\_\_\_\_

Dirección (si es diferente a la de arriba)  
\_\_\_\_\_

SS # \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

SS# \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador  
\_\_\_\_\_

Dirección del Empleador  
\_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_

Guardián Legal \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Guardián Legal (Paciente menor de edad)

\_\_\_\_\_  
Fecha