

# REN Dermatology & LASER CENTER

## DATOS DEMOGRÁFICOS DE LOS PACIENTES

Primer Nombre Legal: \_\_\_\_\_ Apellido Legal: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hombre: \_\_\_\_\_ Mujer: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

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

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Seguro Social (necesario para fines de facturación y seguros): \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Teléfono de casa: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Celda Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono #: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono #: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA DE SEGURO

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Nombre del titular principal de la póliza (*unas escrita en la tarjeta del seguro*): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del titular principal de la póliza: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

## PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_ Teléfono #: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre de la práctica: \_\_\_\_\_ Fax #: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de nosotros? Médico: \_\_\_\_\_ Amigo/Familia: \_\_\_\_\_ Redes sociales: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_