

Durham Nephrology Associates, P.A.
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE (ESCRIBIR con claridad)

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido		Primer nombre		Inicial del segundo nombre	Apodo
Fecha de nacimiento	Número del Seguro Social			Género	
Dirección postal			Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono residencial		Teléfono celular		Correo electrónico	
Situación laboral				Empleador/escuela	
Estado civil			Raza (opcional)		
Proveedor de atención médica primaria:			Farmacia Dirección:		

INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE (GARANTE O SUSCRIPTOR)

<input type="checkbox"/> Yo mismo (si es usted mismo, salte hasta Emergencia/Pariente más cercano) <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre/madre/tutor <input type="checkbox"/> Otro		Relación con el paciente		Apellido		Primer nombre		Inicial del segundo nombre	
Fecha de nacimiento		Número del Seguro Social			Género				
Dirección postal				Ciudad		Estado		Código postal	
Teléfono residencial		Teléfono celular		Teléfono del trabajo					
Situación laboral				Empleador					

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Compañía de seguros principal		
N.º de seguro/póliza	N.º de grupo	Fecha de entrada en vigor
Nombre del suscriptor	Fecha de nacimiento del suscriptor	N.º de Seguro Social del suscriptor
<input type="checkbox"/> Yo mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre/madre/tutor <input type="checkbox"/> Otro		
Compañía de seguros secundaria		
N.º de seguro/póliza	N.º de grupo	Fecha de entrada en vigor
Nombre del suscriptor	Fecha de nacimiento del suscriptor	N.º de Seguro Social del suscriptor

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre	Relación con el paciente	Número de contacto
Nombre	Relación con el paciente	Número de contacto