



Exam(s) / Accession(s) / ICD10 Code(s):
---

**Información de Registro del Paciente**

Fecha del Examen:	MRN (Número de Archivo Médico):			
Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de Nacimiento	Sexo
Domicilio		Ciudad	Estado	Zona Postal
# de Teléfono de Casa	# de Trabajo	# de Celular	Correo Electrónico del Paciente	
Empleador del Paciente	Dirección de Empleo	Ciudad	Estado	Zona Postal
Contacto de Emergencia	Relación con el Paciente	# de Teléfono del Contacto		
Médico de Referencia	# del Médico de Referencia	# de Fax del Médico de Referencia		
Dirección del Médico de Referencia	Ciudad	Estado	Zona Postal	
Médico CC:	Médico CC:			

**Persona Responsable (favor de escribir "igual que la anterior", si aplica)**

Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de Nacimiento	Sexo
Domicilio		Ciudad	Estado	Zona Postal
Relación con el Paciente	# de Teléfono	Correo Electrónico	Empleador	

**Seguro / Pagador**    **Sí Mismo**     **Seguro**     **Factura Directa**

Aseguradora / Pagador	Número de Póliza	Número de Grupo		
Nombre del Asegurado	Apellido del Asegurado	Fecha de Nacimiento	Relación con el Paciente	

¿Existe alguna posibilidad de que esté embarazada?    **SÍ**    **NO**    **Iniciales del Paciente:** \_\_\_\_\_

¿Está participando actualmente en un estudio clínico?    **SÍ**    **NO**    **Iniciales del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Declaro que toda la información anterior es verídica y correcta.**

**Firma:** \_\_\_\_\_

<p><b>Sólo Para Uso de la Oficina:</b>          Patient Name, Date of Birth, Exam &amp; Physician have been verified.          Front Office: _____          Tech(s): _____</p>
--

**Firma del Padre/Guardián Legal:** \_\_\_\_\_