



Changing Lives Everyday

Amish M. Parikh, MD

## Formulario de Registracion del Paciente

<b>Apellido:</b>		<b>Nombre:</b>		<b>Iniciales:</b>		<b>Fecha:</b>	
<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<b>Fecha de Nacimiento:</b> _/_/____	<b>Edad:</b>	<b>Número de Seguro Social:</b>	<b>Estado Civil:</b> <input type="checkbox"/> Divorciado		<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo	
<b>Número Teléfono (Casa):</b>		<b>Celular/Alternativo:</b>		<b>Email:</b>			
<b>Dirección:</b>			<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>		<b>Zipcode:</b>	
<b>Estatus:</b> <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Estudiante			<b>Nombre del Empleador:</b>		<b>Teléfono del Trabajo:</b>		
<b>Médico Familiar (Principal):</b>			<b>Nombre de la Farmacia:</b>				
<b># Teléfono Consultorio:</b>			<b># Teléfono Farmacia:</b>				
¿Podemos llamarlo a su hogar y dejar un mensaje? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (Por Favor vea el final de esta página para autorizarnos para hablar con otros sobre el cuidado de su salud)							
¿Cómo escuchó hablar de nosotros? <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> Lista Telefónica <input type="checkbox"/> Doctor (Nombre) _____ Otros: _____							
<b>Información del Seguro de Salud primario:</b>				<b>Información del Seguro de Salud secundario:</b>			
<b>Nombre del Seguro de Salud:</b>				<b>Nombre del Seguro de Salud:</b>			
<b># Teléfono:</b>				<b># Teléfono:</b>			
<b>Número de Grupo:</b>		<b>ID/Número de Póliza:</b>		<b>Número de Grupo</b>		<b>ID/ Número de Póliza</b>	
<b>Nombre del Titular del Seguro (Si diferente al nombre del paciente)</b>				<b>Nombre del Titular del Seguro (Si diferente al nombre del paciente)</b>			
<b>Fecha de Nacimiento del Titular:</b> _/_/____		<b>Número de Seguro Social del Titular: (REQUERIDO):</b>		<b>Fecha de Nacimiento del Titular:</b> _/_/____		<b>Número de Seguro Social del Titular: (REQUERIDO):</b>	
<b>Información de Workers Comp: Por Favor llene esta sección si es un caso relacionado a Worker's Comp</b>							
<b>Nombre del Contacto:</b>		<b>Número de teléfono de Contacto :</b>		<b>Denuncia #:</b>			
<b>Nombre del Empleador:</b>		<b>Número de teléfono del Empleador:</b>		<b>Fecha de la Lesión:</b>			
<b>Información de Contacto en Caso de Emergencia:</b>							
<b>Nombre:</b>				<b>Nombre:</b>			
<b># Teléfono:</b>		<b>Relación con el Paciente:</b>		<b># Teléfono:</b>		<b>Relación con el Paciente:</b>	
<b>Información de contacto (familiares/amigos) para discutir sobre su tratamiento médico:</b>							
<b>Nombre:</b>		<b># Teléfono:</b>		<b>Relación con el Paciente:</b>			
<b>Nombre:</b>		<b># Teléfono:</b>		<b>Relación con el Paciente:</b>			
<b>Nombre:</b>		<b># Teléfono:</b>		<b>Relación con el Paciente:</b>			

# *Premier Cardiology & Vascular Associates*

*Changing Lives Everyday*

Amish M. Parikh, MD



Maitland Exchange Building  
670 N. Orlando Ave, Suite 1003, Maitland, FL 32751  
[www.premiercardiology.net](http://www.premiercardiology.net)  
Ph: 407- 622-0793 Fax: 407-289-4018