



Bienvenidos a Cucamonga Valley Medical Group. Estamos comprometidos en proporcionarle el cuidado mejor, y el cuidado más comprensivo posible. Le animamos hacer preguntas. Por favor asístanos completando la información siguiente. Toda la información es confidencial y será divulgada únicamente con su consentimiento.

### Información del paciente

▶ NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE		▶ INICIAL DEL SEGUNDA NOMBRE	▶ FECHA DE HOY	▶ FECHA DE NACIMIENTO	▶ EDAD	▶ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
▶ PADRE (SI EL PACIENTE ES UN MENOR DE EDAD)		▶ RAZA DEL PACIENTE		▶ ESTADO CIVIL		
▶ NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL PACIENTE			▶ NÚMERO DE LICENCIA DE CONDUCIR DEL PACIENTE			
▶ DIRECCIÓN DEL HOGAR		▶ CIUDAD	▶ ESTADO		▶ CÓDIGO POSTAL	
▶ DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA (ESCRIBA "IGUAL" SI IGUAL DEL HOGAR)		▶ CIUDAD	▶ ESTADO		▶ CÓDIGO POSTAL	
▶ NÚMERO DE CASA			▶ NÚMERO DE CELULAR			
▶ TELÉFONO DE TRABAJO		▶ EXT.	▶ CORREO ELECTRÓNICO			
▶ OCUPACIÓN			▶ NOMBRE DEL PATRÓN (DE ESCUELA SI ES ESTUDIANTE DE TIEMPO COMPLETO)			
▶ DIRECCIÓN DEL TRABAJO (DE ESCUELA SI ES ESTUDIANTE DE TIEMPO COMPLETO)		▶ CIUDAD	▶ ESTADO		▶ CÓDIGO POSTAL	
▶ ¿CÓMO OYÓ DE NUESTRA PRÁCTICA?						

### Información de contacto emergencia: Quién debemos notificar en caso de una emergencia

▶ NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE CONTACTO		▶ INICIAL DEL SEGUNDA NOMBRE	▶ RELACIÓN AL PACIENTE			
▶ DIRECCIÓN		▶ CIUDAD	▶ ESTADO		▶ CÓDIGO POSTAL	
▶ NUMERO DE CASA			▶ NUMERO DE TRABAJO			

### Información del garante: Persona Responsable por los Pagos / Parte Asegurada / Guardián Legal

▶ NOMBRE Y APELLIDO		▶ RELACIÓN AL PACIENTE				
▶ DIRECCIÓN		▶ CIUDAD	▶ ESTADO		▶ CÓDIGO POSTAL	
▶ NUMERO DE CASA		▶ NUMERO DE CELULAR		▶ TELÉFONO DE TRABAJO		
▶ COMPAÑÍA DE SEGURO			▶ DIRECCIÓN PARA RECLAMOS			
▶ NOMBRE DEL SUSCRIPTOR		▶ FECHA DE NACIMIENTO DEL SUSCRIPTOR		▶ NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL SUSCRIPTOR		
▶ NO. DE IDENTIFICACIÓN DEL SEGURO						
▶ SEGURO SECUNDARIO			▶ DIRECCIÓN PARA RECLAMOS			
▶ NOMBRE DEL SUSCRIPTOR		▶ FECHA DE NACIMIENTO DEL SUSCRIPTOR		▶ NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL SUSCRIPTOR		
▶ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		▶ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
▶ ¿SE LESIONO EN EL TRABAJO?		▶ ¿USTED HA INFORMADO A SU PATRÓN?				