

Nombre:

Fecha de nacimiento:

## Formulario de admisión de pacientes adultos nuevos

### Información del paciente

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Teléfono preferido: casa o celular (encierre uno en un círculo)

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto para emergencias: \_\_\_\_\_

Estado civil del paciente: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_

Proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP): \_\_\_\_\_

Teléfono del PCP: \_\_\_\_\_

Enumere TODOS los médicos que actualmente lo están tratando (por ejemplo, neumólogo, oncólogo, internista, cardiólogo, etc.)

Nombre del médico: \_\_\_\_\_  
Especialidad: \_\_\_\_\_

Nombre del médico: \_\_\_\_\_  
Especialidad: \_\_\_\_\_

Nombre del médico: \_\_\_\_\_  
Especialidad: \_\_\_\_\_

Nombre del médico: \_\_\_\_\_  
Especialidad: \_\_\_\_\_