

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: _____