

REGISTRO DE PACIENTES PARA TARJETA FAMILIAR

FECHA: _____

FOLIO: _____

INFORMACIÓN PERSONAL DEL TITULAR PRINCIPAL

NOMBRE COMPLETO :	SEXO: MASCULINO: <input type="checkbox"/> FEMENINO: <input type="checkbox"/>
FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA):	CIUDAD:
DIRECCION:	CÓDIGO POSTAL:
CORREO ELECTRONICO:	Deseo recibir informacion/ promociones vía correo electronico: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
TELEFONO (S):	ESTADO CIVIL:
OCUPACION:	Soltero (a): <input type="checkbox"/> Casado (a): <input type="checkbox"/>
NOMBRE DE LA EMPRESA:	Divorciado (a): <input type="checkbox"/> Viudo (a): <input type="checkbox"/>

HISTORIAL CLINICO:

TIPO DE SANGRE Y RH:
ALERGIAS:
MEDICOS QUE LO ATIENDEN:
ACUDE A REALIZARSE CHEQUEOS DE FORMA ANUAL NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> DE QUE TIPO:

INFORMACIÓN PERSONAL DEL PRIMER FAMILIAR

NOMBRE COMPLETO :	SEXO: MASCULINO: <input type="checkbox"/> FEMENINO: <input type="checkbox"/>
DIRECCIÓN:	CIUDAD:
ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:
TELÉFONO (S):	CORREO ELECTRÓNICO:
FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA):	ESTADO CIVIL:
RELACION CON EL TITULAR:	Soltero (a): <input type="checkbox"/> Casado (a): <input type="checkbox"/> Divorciado (a): <input type="checkbox"/> Viudo (a): <input type="checkbox"/>

HISTORIAL CLINICO:

TIPO DE SANGRE Y RH:
ALERGIAS:
MEDICOS QUE LO ATIENDEN:
ACUDE A REALIZARSE CHEQUEOS DE FORMA ANUAL NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> DE QUE TIPO:

INFORMACIÓN PERSONAL DEL SEGUNDO FAMILIAR

NOMBRE COMPLETO :	SEXO: MASCULINO: <input type="checkbox"/> FEMENINO: <input type="checkbox"/>
DIRECCIÓN:	CIUDAD:
ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:
TELÉFONO (S):	CORREO ELECTRÓNICO:
FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA):	ESTADO CIVIL:
RELACION CON EL TITULAR:	Soltero (a): <input type="checkbox"/> Casado (a): <input type="checkbox"/> Divorciado (a): <input type="checkbox"/> Viudo (a): <input type="checkbox"/>

HISTORIAL CLINICO:

TIPO DE SANGRE Y RH:
ALERGIAS:
MEDICOS QUE LO ATIENDEN:
ACUDE A REALIZARSE CHEQUEOS DE FORMA ANUAL NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> DE QUE TIPO:

INFORMACIÓN PERSONAL DEL TERCER FAMILIAR

NOMBRE COMPLETO :	SEXO: MASCULINO: <input type="checkbox"/> FEMENINO: <input type="checkbox"/>
DIRECCIÓN:	CIUDAD:
ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:
TELÉFONO (S):	CORREO ELECTRÓNICO:
FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA):	ESTADO CIVIL:
RELACION CON EL TITULAR:	Soltero (a): <input type="checkbox"/> Casado (a): <input type="checkbox"/> Divorciado (a): <input type="checkbox"/> Viudo (a): <input type="checkbox"/>

HISTORIAL CLINICO:

TIPO DE SANGRE Y RH:
ALERGIAS:
MEDICOS QUE LO ATIENDEN:
ACUDE A REALIZARSE CHEQUEOS DE FORMA ANUAL NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> DE QUE TIPO:

DESEO RECIBIR INFORMACIÓN SOBRE PROMOCIONES EN MI CORREO ELECTRÓNICO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
--	--

En caso de emergencia contactar a:

NOMBRE:
DIRECCION:

RELACION:
TELEFONO(S):