



HOSPITAL SHARP MAZATLAN

TARJETA SHARP SALUD

REGISTRO DE PACIENTES PARA TARJETA INDIVIDUAL

FECHA: _____

FOLIO: _____

INFORMACIÓN PERSONAL

| | |
|-----------------------------------|---|
| 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 información/ 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: |

EN CASO DE EMERGENCIA CONTACTAR A:

| | |
|---|--|
| NOMBRE: | RELACIÓN: |
| DIRECCIÓN: | TELÉFONO (S): |
| DESEO RECIBIR INFORMACIÓN SOBRE PROMOCIONES EN MI CORREO ELECTRÓNICO | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |