



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"/>
DIRECCIÓN:	CIUDAD:
ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:
TELÉFONO (S):	CORREO ELECTRÓNICO:
FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA):	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"/>
--	--

NOS SIGUES EN: FACEBOOK <input type="checkbox"/> INSTAGRAM <input type="checkbox"/>	COMO TE ENCONTRAMOS EN REDES SOCIALES: NOMBRE DE USUARIO:
--	---