



# OFICINA PODIATRIA DR. RAÚL SALCEDO

## INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del paciente:

Apellidos

Nombre

Inicial

Fecha de nacimiento:

<i>Mes</i>	<i>Día</i>	<i>Año</i>

Núm. Seguro Social:XXX-XX-

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo:

F

M

Estado Civil \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Zip Code: \_\_\_\_\_

Dirección residencial: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Zip Code: \_\_\_\_\_

Teléfono residencial: (    ) \_\_\_\_\_

Celular: (    ) \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección Física del Trabajo: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Zip Code: \_\_\_\_\_

Teléfono del Trabajo: (    ) \_\_\_\_\_

Plan Primario: \_\_\_\_\_

Número Contrato: \_\_\_\_\_

En caso de emergencia: \_\_\_\_\_

*Nombre*

(    )

*Telefono/Celular*

## INFORMACION DEL ASEGURADO PRINCIPAL

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

Núm. Seguro Social:XXX-XX-

Fecha de nacimiento:

<i>Mes</i>	<i>Día</i>	<i>Año</i>

Sexo:

F

M

Dirección residencial: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Zip Code: \_\_\_\_\_

Teléfono: (    ) \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PACIENTE O ENCARGADO

FECHA