

# REGISTRO DE PACIENTES

Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Médico de Atención Primaria: \_\_\_\_\_

Seguro Social #: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo:  Masculino  Femenino

Estado Civil:  Solo  Divorciado  Casado  Apartado  Viudo

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono Móvil: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono del empleador: \_\_\_\_\_

Garante: \_\_\_\_\_ Seguro Social #: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

Dirección (si es diferente a la del paciente): \_\_\_\_\_

Raza:  Negro  Blanco  Otro: \_\_\_\_\_  No deseo especificar

Etnicidad:  Negro  Negro Hispano / Indios Americano / Esquimal / Islas Aleutianas  Blanco

Blanco Hispano  Asiático / Islas del Pacífico  Otro  No deseo especificar

Primer Idioma:  Inglés  Otros (especificar): \_\_\_\_\_

¿Está embarazada o sospecha que puede estar embarazada?  Sí  No

**NECESITAREMOS UNA COPIA DE SU TARJETA DE SEGURO Y  
FOTO ID PARA REALIZAR SU ESTUDIO**



**OPTIMAL IMAGING**

St. Vincent's HealthCare

Revisado 12.29.2016

[www.jaxoptimalimaging.com](http://www.jaxoptimalimaging.com)

CT ■ DEXA ■ MRI ■ Pain Services ■ Ultrasound ■ Wellness Imaging ■ Women's Imaging ■ X-Ray