

Iriamar Vélez Quiñones, MD

Urb. García

60 Calle 16

Arecibo, Puerto Rico 00612

Tel: 787-878-3211

Registro del Paciente

INFORMACION DEL PACIENTE:

Apellidos: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Alias: _____

Dirección Física _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip: _____

Dirección Postal: _____ Ciudad: _____ Estado _____ Zip: _____

Teléfonos: Casa _____ Celular _____ Trabajo _____

Email: _____ Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año): _____

Estado/País de Nacimiento : _____ Ciudad donde nació: _____

Género: _____ Masculino _____ Femenino

Seguro Social #:XXX-XX- _____ Religión _____

ID/Número: _____ Tipo de ID: _____ Licencia de conducir _____ Real ID _____ Pasaporte _____ Otro

Estado o País que expide identificación: _____

Información Demográfica

Para cumplir con regulaciones Federales, temenos que preguntarle la siguiente información:

Raza: _____ "Indio Americano/Nativo de Alaska" _____ "Asiático" _____ "Negro o Negro Americano"

_____ "Nativo de Hawai o Islas del Pacífico" _____ "Me niego a contestar " _____ "Blanco"

Etnia: _____ "Hispano o Latino" _____ "No Hispano o Latino" _____ "Me niego a contestar"

Directrices Anticipadas

¿Tiene un testamento de vida/directrices anticipadas? Sí No

¿Desea discutir este tema con la doctora? Sí No

Preferencia de Comunicación

Idioma Primario _____ Idioma Secundario _____

Método preferido de comunicación: Casa Trabajo Celular

¿Podemos dejar un mensaje en su contestadora o con la persona que conteste?

Casa S ___/ N ___ Trabajo S ___/ N ___ Celular S ___/ N ___

NO LLAME : Casa Trabajo Celular

¿Podemos enviarles e-mails?: Sí ___ o No ___

¿Podemos enviarle (SMS) mensajes de texto?: Sí ___ o No ___

Divulgación de Información a Personas Autorizadas

Permito a Iriamar Vélez Quiñones, MD divulgar información médica según sea necesario a las siguientes personas designadas que participan en mi atención médica. Entiendo que no estoy obligado a divulgar mi información a nadie. También entiendo que puedo cambiar la lista por escrito en cualquier momento.

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____

HISTORIAL PERSONAL

¿Hasta qué grado estudió en la escuela? Escuela Superior
 Algunos años de universidad
 Intermedia Bachillerato
 Elemental Escuela Graduada
 No fui a la escuela

Estado Civil: Nunca me he casado Casado Divorciado Separado Viudo Concubinato/Convivencia

¿Cuál es su ocupación? _____

¿Trabaja actualmente? : Sí No Horas/semana _____ Si NO, ¿Está retirado incapacitado enfermo?

¿Recibe incapacidad/Seguro social? Sí No Si respondió afirmativo, ¿Cuál es la razón? _____

Por favor, escriba los nombres de los médicos que visita:

Cardiólogo

Pneumólogo

Gastroenterólogo

Endocrinólogo

Reumatólogo

Hematólogo/Oncólogo

Dermatólogo

Nefrólogo

Neurólogo

Oftalmólogo

Psiquiatra

Urólogo

Ortopeda

Ginecólogo

Otro:

Farmacia y Laboratorio Predilecta:**Nombre****Teléfono o Dirección****Contacto de Emergencia**

* Nombre : _____ Teléfono #: _____

Dirección: _____

Relación: ___ Madre ___ Padre ___ Esposo ___ Otro: _____

Firma del paciente/Representante _____ Fecha _____

Nombre en letra de molde _____ Relación con paciente _____