

## ALLERGY AND ASTHMA CENTER OF THE ROCKIES

### FORMULARIO DEMOGRÁFICO

NOMBRE DEL PACIENTE:	APODO O SOBRE NOMBRE:
Fecha de nacimiento:	GÉNERO: M / F
SEGURO SOCIAL:	MÉDICO DE REFERENCIA:
TELÉFONO DE CASA:	MÉDICO DE FAMILIA:
TELÉFONO CELULAR:	OCUPACIÓN:
TELÉFONO DEL TRABAJO:	NOMBRE DE EMPLEADOR:
ESTADO CIVIL: W D M S	DIRECTION DE EMPLEADOR:
SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD POR FAVOR INCLUYA OTROS CONTACTOS QUE PUEDEN ACOMPAÑAR A SU HIJO O QUE PUEDE SER DIVULGADA CON INFORMACION MEDICA.	
NOMBRE, RELACIÓN, Y NUMERO DE TELEFONO CON EL PACIENTE:	¿CÓMO TE ENTERASTE DE NOSOTROS? GUÍA TELEFÓNICA, PERIÓDICO MÉDICO, AMIGO, VALPAK, TV, OTRO, POR FAVOR LISTA:
1.	
2.	
3.	
4.	

LA PÓLIZA DE ASEGURANZA	INFORMACIÓN DE LOS PADRES
NOMBRE:	NOMBRE DEL MADRE:
Fecha de nacimiento:	NOMBRE DEL PADRE:
RELACIÓN CON EL PACIENTE:	Fecha de nacimiento:
TELÉFONO DE CASA:	RELACIÓN CON EL PACIENTE:
TELÉFONO CELULAR:	TELÉFONO PARTICULAR:
TELÉFONO DEL TRABAJO:	TELÉFONO CELULAR:
SEGURO SOCIAL:	TELÉFONO DEL TRABAJO:
DIRECCIÓN:	SEGURO SOCIAL:
	DIRECCIÓN: