



Rapid Care Medical Clinic  
**FORMA DE REGISTRO**  
 (Please Print)

**CASH**

Fecha de hoy:			PCP: Rapid Care Medical Clinic			
INFORMACION DEL PACIENTE						
Apellido Paterno:		Nombre:	Segundo nombre:		<input type="checkbox"/> Mr. <input type="checkbox"/> Mrs.	<input type="checkbox"/> Miss. <input type="checkbox"/> Ms.
Estado civil Soltero / Casado / Div / Sep / Viudo						
Es Alergico a alguna medicina? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	si lo es, a cual medicina?		Es mayor de 18?		Fecha de Nacimiento: / /	Edad:
Sexo: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M						
Direccion:			Seguro Social no.:		Telefono: ( )	
Apt #:		Ciudad:		Estado:		Codigo Postal:
Ocupacion:		Trabajo:			Telefono del trabajo: ( )	
Como supo de la clinica?			<input type="checkbox"/> Dr.		<input type="checkbox"/> Plan de Aseguranza	<input type="checkbox"/> Hospital
<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Amigo	<input type="checkbox"/> Vive o trabaja cerca de la clinica			<input type="checkbox"/> paginas amarillas	<input type="checkbox"/> Otro

RESPONSABLE DEL PACIENTE (SI ES MENOS DE 18 )			
Nombre de la persona responsable:		Fecha de Nacimiento / /	Direccion (si es diferente)
Telefono.:( )			
Es paciente de la clinica? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Si no, quien fue el medico?	
Ocupacion:	Trabajo:	Direccion del trabajo:	Telefono del trabajo: ( )

RAZON DE LA VISITA						
Porfavor indique la razon de la visita		<input type="checkbox"/> Resfrio	<input type="checkbox"/> Dolores y malestares	<input type="checkbox"/> Vacunas	<input type="checkbox"/> Papanicolao	<input type="checkbox"/> Mamograma
<input type="checkbox"/> Physical Exam	<input type="checkbox"/> Referido por algun abogado		<input type="checkbox"/> Otra	Nombre del Abogado:		

EN CASO DE EMERGENCIA			
Nombre de la persona o amigo (no viva en la misma casa):		Relacion con el pasiente:	Telefono de casa.:( )
Telefono del trabajo.:( )			

La informacion submitida es la mas reciente que tengo, Yo autorizo a Rapid Care Medical Clinic para que me de servicios medicos incluyendo laboratorio y rayos X, que sean medicamento necesarios que se me hagan, por lo tanto estoy de acuerdo, que mis resultados no pueden ser entregados por telefono, correo o dados a otra persona que no sea yo, la clinica podra otorgar informacion de mi expediente medico, si es requerido y necesario a otros doctores que lo requieran para el bienestar de mi salud

\_\_\_\_\_  
 Patient/Guardian signature

\_\_\_\_\_  
 Date