

**Weill-Cornell Physicians Organization/NY Neurological Associates PC  
DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE**

Letra de molde por favor. Toda información es confidencial.

Si usted es un paciente establecido, pero tiene nueva información, por favor marque aquí  Fecha de hoy \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: (apellido, nombre)			Fecha de nacimiento		Edad	
Sexo	<input type="checkbox"/> MASCULINO / <input type="checkbox"/> FEMENINO (por favor indique)		Nº De Seguro Social			
Dirección					Apt #	
Ciudad, Estado, CP						
Tel de casa			Tel celular			
Tel de trabajo			Dirección de e-mail			
Raza/Etnicidad (opcional)	<input type="checkbox"/> Blanco/caucásico	<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Latino/Hispano	<input type="checkbox"/> Raza Mixta/Etnicidad	<input type="checkbox"/> Decline

¿Cómo prefiere ser contactado?  Tel de casa  Tel celular  Tel de trabajo

<b>DOCTOR QUE LO REFIERE</b>
Nombre
Teléfono
Dirección

<b>DOCTOR DE CABECERA (SI NO ES EL DOCTOR REFERENTE)</b>
Nombre
Teléfono
Dirección

**INFORMACIÓN DE FARMACIA PREFERIDA**

Nombre	Dirección	Teléfono
--------	-----------	----------

**INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR**

Empleador	Dirección
Ocupación	
Teléfono	

**CONTACTO DE EMERGENCIA**

Nombre	Tel de casa
Dirección	Teléfono alternativo
	Relación

**INFORMACIÓN DEL GARANTE**

Nombre	Tel de casa
Dirección	Teléfono alternativo

**INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO**

<b>SEGURO PRIMARIO</b>	<b>SEGURO SECUNDARIO</b>
Nombre de la compañía de seguro:	Nombre de la compañía de seguro:
Nº de identificación:	Nº de identificación:
Nombre del asegurado:	Nombre del asegurado:
Fecha de nacimiento del asegurado:	Fecha de nacimiento del asegurado:
Nº de seguro social del asegurado:	Nº de seguro social del asegurado:

Es su visita de hoy el resultado de un accidente automovilístico o una lesión en el trabajo? Si  No

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_