

## Urgent Care – Información Paciente

SR: \_\_\_\_\_ SRA: \_\_\_\_\_ SRITA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
*Last name* *Name*

Dirrección: \_\_\_\_\_  
*Address*

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
*City* *State* *Zip Code*

Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
*Cell number* *Email*

Teléfono del domicilio: \_\_\_\_\_  
*Home number*

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
*Date of birth* *Sex*

Numero de la seguridad social: \_\_\_\_\_  
*Social security number*

### Contacto en caso de emergencia

Nombre: \_\_\_\_\_  
*Name*

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
*Relation to patient* *Phone number*

### Información sobre la persona responsable del pago

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
*Last name* *Name*

Dirrección: \_\_\_\_\_  
*Address*

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
*City* *State* *Zip Code*

Teléfono: \_\_\_\_\_  
*Phone*