

# Hatillo Nursing Home, Inc.

## INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
(paterno) (nombre) (Inicial)

Fecha de nacimiento \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Edad \_\_\_\_ # S.S. \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Nivel Educativo \_\_\_\_\_

Seguro Médico \_\_\_\_\_ Seguro Secundario \_\_\_\_\_  
# \_\_\_\_\_ # \_\_\_\_\_

Nombre de Encargado / Guardián \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Número de Licencia \_\_\_\_\_ y copia

Dirección Postal \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Cel. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Tel. Trabajo \_\_\_\_\_

En caso de Emergencia, llamar en orden de preferencia:

1. \_\_\_\_\_ (parentesco) \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ (parentesco) \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Hospital de preferencia en caso de Emergencia: \_\_\_\_\_

Alérgico a: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_