



# Información del paciente

Nombre del paciente:

---

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Seguridad Social # \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Género: Masculino, Femenino

Dirección postal principal: Calle: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

CEPOS: \_\_\_\_\_

Teléfono fijo: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico:

---

**Médico de atención primaria:**

---

**Médico remitente:** \_\_\_\_\_

**Información sobre farmacia:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección/Cruce: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**Padre, cónyuge o parte responsable:**

Comproba aquí es igual que paciente

Nombre:

---

Date de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Seguridad Social # \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Género: Masculino, Femenino

Dirección postal: Calle: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

CEPOS: \_\_\_\_\_



Teléfono fijo: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Contacto de emergencia:**

Nombre de amigo o familiar: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Autorizo a Orchid Dermatology a contactarme para recordatorios de citas, actualizaciones de la consulta y promociones informativas.  SÍ  NO Método de contacto preferido:  CARTA DE CORREO ELECTRÓNICO POR TELÉFONO

**(Nunca daremos tu dirección de correo electrónico ni enviaremos información médica personal ni facturas por correo electrónico.)**

**Información sobre el seguro:**

**Por favor, presenta su(s) tarjeta(s) de seguro y un documento de identidad con foto a la recepcionista. Estas se copiarán y se incluirán en tu historial médico con fines de identificación y protección de tu Información Sanitaria Protegida. Se solicita una identificación con foto del padre o tutor para menores o si el paciente no puede dar su consentimiento.**