

**REGISTRO DE PACIENTE**  
**MEDICINA OCUPACIONAL**

Nombre: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Ocupacion: \_\_\_\_\_ Numero de Telefono: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

**Compania:** \_\_\_\_\_ Numero de Telefono: \_\_\_\_\_ Contacto: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Compania Aseguradora: \_\_\_\_\_ Numero de Telefono: \_\_\_\_\_ Contacto: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

**Por Favor Explique como sucedio su accidente:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Fecha y Hora de su accidente:** \_\_\_\_\_

**Parte del cuerpo que se lastimo:** \_\_\_\_\_

Regreso a trabajar?      Si      No      Fecha en que regreso: \_\_\_\_\_

Consulta a algun doctor?      Si      No      Nombre del Doctor: \_\_\_\_\_

Diagnostico: \_\_\_\_\_

Tratamiento: \_\_\_\_\_

Se ha lastimado esta area del cuerpo antes?      Si      No      Fecha: \_\_\_\_\_

Desde el accidente sus sintomas han:      mejorado? \_\_\_\_\_      Emperorado? \_\_\_\_\_      Igual? \_\_\_\_\_

Sus actividades de trabajo estan Restrinjidas como resultado de este accidente?      Si      No

Cuando fue su ultima vacuna contra el tetano? \_\_\_\_\_

Yo entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos que mi compania de seguros no pague. Yo autorizo a Primare Care Clinics of Georgia, LLC a compartir la informacion necesaria para asegurar el pago.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha