

**NORTHERN NEW MEXICO GASTROENTEROLOGY ASSOCIATES, P.A. @**

**The Endoscopy Center of Santa Fe**

Formulario de Registro del Paciente

Numero de Cuenta# :		Fecha:	
<b>INFORMACION DEL PACIENTE</b>			
Nombre:		Genero: M / F	Fecha de Nacimiento:
Direccion de Correo:	Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:
Telefono: Preferido? S/N	Celular: Preferido? S/N	Estado Marital: S, C, D, V	
Correo Electronico:	Medico de Referencia:		
Empleador del Paciente:		Telefono:	
Mailing Address:	Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:
Contacto de Emergencia:		Telefono:	Relacion al paciente:
<b>INFORMACION DEL SEGURO PRIMARIO</b>			
Nombre:		Telefono:	
Direccion de Correo:	Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:
Numero De Miembro:		Numero De Grupo:	
Nombre del Asegurado:		Seguro Social del Asegurado:	
Fecha de Nacimiento del Asegurado:		Relacion al Paciente:	
<b>INFORMACION DEL SEGURO SECUNDARIO</b>			
Nombre:		Telefono:	
Direccion de Correo:	Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:
Numero De Miembro:		Numero De Grupo:	
Nombre del Asegurado:		Seguro Social del Asegurado:	
Fecha de Nacimiento del Asegurado:		Relacion al Paciente:	