



Formulario de Ingreso del Paciente

Todos los registros son confidenciales a menos que el/la paciente autorice la divulgación.

Identificación del Paciente

Nombre:		Segundo nombre:		Apellido:	
Fecha de Nacimiento:		Correo electrónico: ¿Podemos contactarle por correo electrónico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Sexo al nacer:	Género:	Pronombres:	Raza:	Etnicidad:	
Dirección:			Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono de Casa #: <input type="checkbox"/> No aplicable		Teléfono de Trabajo#: <input type="checkbox"/> No aplicable		Teléfono de Celular#: <input type="checkbox"/> No aplicable	
¿Está bien dejar un mensaje detallado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
Nombre a otras personas en el hogar con las que podemos dejar mensajes o discutir condiciones médicas.					

Ocupación

Por favor, indique su ocupación(es):

Contacto de Emergencia

Nombre de Contacto:	
Teléfono de contacto #:	Relación con el paciente:

Información del Médico de Atención Primaria Ninguno en el momento de la ingesta Obtenido de eCW

Nombre (Requerido):	Apellido (Requerido):	Número de teléfono #:		
Dirección:	Ciudad (Requerido):	Estado(Requerido):	Código Postal:	

Información del Médico Especialista Ninguno en el momento de la ingesta Obtenido de eCW

Nombre (Requerido):	Apellido (Requerido):	Número de teléfono #:	Especialidad:
Dirección:	Ciudad (Requerido):	Estado(Requerido):	Código Postal:

Farmacia Ninguno en el momento de la ingesta Obtenido de eCW

¿Qué farmacia le gustaría que llamáramos para hacer una prescripción?	
Ubicación (Ciudad y Estado):	Teléfono # (si está disponible):

Oportunidades de Futuros Ensayos Clínicos

¿Desea optar por recibir mensajes de texto (SMS) y correos electrónicos relacionados con oportunidades futuras de ensayos clínicos en Oregon Dermatology and Research Center?	Mensajes de texto		Correo Electrónico	
	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

En caso afirmativo, tendrá la oportunidad de optar por participar o no en cualquier momento notificándonos a través de mensaje de texto, correo electrónico, o llamando al 503-226-3376. Los mensajes de texto se enviarán sin costo para usted; sin embargo, verifique con su proveedor de telefonía móvil, ya que el costo de recibir mensajes de texto varía según el proveedor de teléfono móvil y los contratos de servicio. Oregon Dermatology and Research Center no vende ni comparte su información para propósitos de marketing.

Certifico que la información en este Formulario de Paciente es verdadera:

Firma del Participante O Padre/Guardián: _____ Fecha: _____