



The Hand Center, P.C
Office of Kelley Wear, M.D.

www.HandCenterColorado.com
BROOMFIELD-THORNTON LOCATIONS

Phone: (303) 957-7116
Fax: (720) 536-5725

El día de hoy ___/___/___

Nombre del Paciente _____
Fecha de nacimiento ___/___/___ Género _____ Numero de seguridad social ___ - ___ - ___
Carrera _____ Etnia _____ Estado civil _____ Correo electrónico _____
Número de teléfono 1. (____) ___ - ___ tipo _____ 2. (____) ___ - ___ tipo _____
Dirección Calle _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Médico de Atención Primaria _____ Teléfono (____) ___ - ___
Feferido por _____

Informacion del empleador:

Nombre del empleado _____ Teléfono (____) ___ - ___
Dirección del empleado _____

Contacto de emergencia:

Nombre _____ Teléfono (____) ___ - ___ tipe _____

Información de la persona que lleva el seguro, si es diferente al paciente:

Nombre _____ Relación con el paciente _____
Fecha de nacimiento ___/___/___ SSN ___ - ___ - ___ Teléfono (____) ___ - ___ tipe _____
Dirección _____

Razón de su visita hoy

¿Esta visita está relacionada con un accidente automovilístico o una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo? _____

En caso afirmativo: Fecha de herida ___/___/___ Nombre del seguro _____
Ajustador _____ Teléfono (____) ___ - ___ Fax (____) ___ - ___

Información de Farmacia:

Nombre _____ Teléfono (____) ___ - ___
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Cruce de calles _____

¿Está el paciente DERECHO o IZQUIERDO entregado? _____