

REGISTRO DE PACIENTE E INFORMACION DE INGRESOS

Miembros de la familia adicional

Apellido _____ Nombre _____ Nombre Preferido _____

NOMBRE	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	RELACION	GENERO	INGRESOS ANTES DE IMPUESTOS
					\$ - Semana/mes/año
					\$ - Semana/mes/año
					\$ - Semana/mes/año
					\$ - Semana/mes/año
					\$ - Semana/mes/año
					\$ - Semana/mes/año
					\$ - Semana/mes/año
					\$ - Semana/mes/año
					\$ - Semana/mes/año
					\$ - Semana/mes/año
					\$ - Semana/mes/año
					\$ - Semana/mes/año
					\$ - Semana/mes/año
					\$ - Semana/mes/año
					\$ - Semana/mes/año