

FORMULARIO DE ADMISIÓN  
 RANCHO MEMORY CLINIC  
 Rancho Los Amigos/USC

MRN#
CADC#
E-CONSULT STAMP

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

APELLIDO		NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE	
DIRECCIÓN			CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NÚMERO DE TELÉFONO	NOMBRE DE SOLTERA DE LA MAMA		NOMBRE COMPLETO DEL PADRE			
FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SEXO	LUGAR DE NACIMIENTO	RAZA	LENGUAJE PREFERIDO	
ESTATUS LEGAL			SEGURO SOCIAL #		AÑOS DE EDUCACIÓN	
CIUDADANO <input type="checkbox"/>	RESIDENTE <input type="checkbox"/>	INDOCUMENTADO <input type="checkbox"/>				
ESTADO CIVIL		NOMBRE COMPLETO DEL CÓNYUGE			¿CON CUAL MANO ESCRIBE?	
					DERECHO <input type="checkbox"/> IZQUIERDA <input type="checkbox"/>	

**DOCTOR DE CABECERA**

NOMBRE DEL MÉDICO	DIRECCIÓN / CIUDAD / ESTADO	NÚMERO DE TELÉFONO
ALERGIAS	¿CUALES?	
SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

**SEGURO DE MEDICO**

MEDI-CAL #	FECHA DE ASUNTO:
MEDICARE #	FECHA DE ASUNTO: A: B:
SEGURO PRIVADO: _____	# DE ID: _____
DIRECCIÓN: _____	# DE GRUPO: _____
NÚMERO DE TELÉFONO: _____	FECHA DE ASUNTO: _____

**INFORMACIÓN DE CONTACTO**

PERSONA DE CONTACTO-INFORMANTE	RELACIÓN	LENGUAJE PREFERIDO	
CORREO ELECTRÓNICO	NÚMERO DE TELÉFONO C C T	OTRO NUMERO C C T	
DIRECCIÓN DE INFORMANTE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
REFERIDO POR:			
<input type="checkbox"/> ALZ ASSOC	<input type="checkbox"/> ONLINE RESEARCH	<input type="checkbox"/> PHYSICIAN: _____	
<input type="checkbox"/> OTHER:			

COMENTARIO \_\_\_\_\_