REGISTRO DE PACIENTE ESTABLECIDO

Por favor tome asiento y llene esta forma en cada visita.

***********POR FAVOR ESCRIBA SU HORA DE LLEGADA**:_____*********

Marque con una X al lado del doctor con el que tiene cita hoy:

____SUSAN BOYLE, MD ____JAMES TOTH, MD ____ NELLY MIZRAHI, MD

NOMBRE:_____ _____
APELLIDO NOMBRE

DIRECCION :_____
CALLE

_____
CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

CASA_____ # CELULAR_____

TRABAJO_____ # EXT_____

FAX_____(para pedir resultados solamente)

FECHA DE NACIMIENTO:_____/_____/_____ # DE SEGURO SOCIAL_____
(OPCIONAL)

NOMBRE DE ASEGURANZA:_____

NOMBRE DEL ASEGURADO_____ FECHA DE NACIMIENTO
____/____/____

CONTACTO DE EMERGENCIA:_____
NOMBRE # TELEFONICO

*El pago es requerido en cada visita, ya sea copago, pago del deducible, o de algun balance pendiente.

*Cada paciente debe tener su tarjeta de aseguranza lista en la ventana de registro.