



Formulario de Registro del Paciente

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Número de Seguridad Social _____ Genero Varon Hembra

Dirreccion _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de casa _____ Teléfono Móvil _____

Correo Electronico _____

Método Preferido de Comunicación Casa Cellular Texto Correo electrónico

Garante (si el paciente es menor de edad) _____

Relacion al Paciente _____

Contacto de Emergencia _____

Teléfono de Casa _____ Relación al Paciente _____

Médico de Atención Primaria _____

Nombre de Oficina/facilidad _____

Medico de Referencia _____

Nombre de Oficina/facilidad _____

Pharmacia _____ Localidad _____

Aseguransa Primaria _____

Numero de Poliza _____

Aseguransa Secundaria _____

Numero de Poliza _____

Monroe Office - 1994 Wellness Blvd, Suite 210, Monroe, NC 28110
Blakeney Office - 8924 Blakeney Professional Drive, Charlotte, NC 28277
Phone 704-703-1080 Fax 704-703-1090