



Dr. Prasad Dighe
Dr. Ajithkumar Puthillath
Dr. John Kiraly
Dr. Sunny Philip
Kari Gardner, FNP-C

Dr. Aminder Mehdi
Dr. Neelesh Bangalore
Dr. Chunhui Fang
Katie Larimer- Redmond, NP-C
Kelly Shannon, NP

REGISTRO DE PACIENTE

Nombre de Paciente _____ Fecha _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Numero de Telefono: Casa _____ Trabajo _____ Celular _____

Seguro Social ____/____/____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Sexo: Hombre Mujer

Estado Civil: Soltero Casado Viudo Divorciado Otro

Método Preferido de Contacto: Casa Trabajo Celular Otro _____

Podemos dejar correo de voz o mensaje? Si No

Raza: Caucásico Afroamericano Hispano Asiático Isleño del Pacífico Nativo Americano
 Otro _____

Lengua Preferida: Inglés Español Tagalo Tailandés Japonés Otro _____

Está Trabajando Actualmente? Tiempo Completo Medio Tiempo Desempleado Jubilado No

Pareja _____ Número de Teléfono _____

Contacto de Emergencia _____ Numero de Telefono _____ Relación _____

Quien es su Doctor Primario? _____

Cual doctor lo refirió a nuestra oficina? _____

Tiene Directiva Avanzada? No Si Si Si, Favor de proporcionar una copia de los registros de atención. Si No, Gustaria mas informacion: Si No

Laboratorio Preferido: Quest LabCorp Otro : _____

Aseguranza Primaria: _____ ID: _____

Grupo: _____ Número de Póliza: _____

Garante: _____ Relacion: _____

Aseguranza Secundaria: _____ ID: _____

Grupo: _____ Numero de Poliza: _____

Garante: _____ Relacion: _____

<POR FAVOR PROPORCIONE UNA COPIA DE SUS TARJETAS DE ASEGURANZA E IDENTIFICACIÓN >

(Firma de Paciente, Tutor Legal, Conservador, o Representante Legal): _____