

ANGIER PEDIATRICS AND ADULT MEDICAL CENTER, PLLC

ADULT/CHILDREN REGISTRATION FORM FORMULARIO DE REGISTRO DE NIÑOS PARA ADULTOS

PATIENT NAME _____ D.O.B. _____

NOMBRE DEL PACIENTE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

ADDRESS _____ CITY _____ STATE _____ ZIP _____

LA DIRECCION _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ TAMBIEN _____

HOME NUMBER _____ CELL NUMBER _____

NUMERO DE CASA _____ NUMERO DE CELULAS _____

SOCIAL SECURITY # _____ SEX MALE FEMALE

SEGURIDAD SOCIAL # _____ SEXO MASCULINO FEMININO

EMERGENCY CONTACT PERSON NAME _____ TELEPHONE # _____

NOMBRE DE PERSONA DE CONTACTO EMERGENCIA _____

EL TELEFONO DE EMERGENCIA _____

DO YOU HAVE INSURANCE? YES NO TIENE SEGURO? SI NO

HOW ARE YOU PAYING FOR YOUR VISIT/VISITS? _____

ESTAN PAGANDO POR SU VISITA/VISITAS? _____

PRIMARY INSURANCE _____ SECONDARY INSURANCE _____

SEGURO PRIMARIO _____

SEGURO DE SECUNDARIA _____

PERSON OR RESPONSIBLE PARTY PERSONA O PARTIDO RESPONSABLE

NAME _____ TELEPHONE # _____

EL NOMBRE _____ EL TELEFONO# _____

ADDRESS _____

LA DIRECCION _____

PHARMACY NAME _____ / TELEPHONE # _____

NOMBRE DE FARMACIA _____ / # TELEFONA _____