



100 US Highway 46 East, Building B Suite 204, Mountain Lakes, NJ 07046 Phone (973)917-3200 Fax (973)917-3201

No es necesario hacer cita: Abierto: Lunes de 8:00 a.m a 8:00 p.m, Martes hasta Jueves de 8:00 a.m a 6:00 p.m

Viernes de 8:00 a.m a 3:00 p.m, Sábado y Domingo de 9:00 a.m a 2:00 p.m.

## FORMULARIO DE INSCRIPCION DEL PACIENTE

Fecha de hoy:        /        /

<b>Nombre:</b>	<b>Apellido:</b>		<b>Primer Nombre:</b>	<b>Inicial del Segundo Nombre:</b>
	<b>Calle:</b>			<b>Estado Civil:</b>
<b>Dirección:</b>	<b>Pueblo:</b>		<b>Estado:</b>	<b>Código Postal:</b>
	<b>No. Tel. Casa:</b>		<b>No. Tel. Celular:</b>	<b>No. Tel. del Trabajo:</b>

<b>Fecha de Nac.:</b>	<b>Edad:</b>	<b>Sexo:</b>	<b>Correo Electrónico:</b>	<b>No. del Social</b>
-----------------------	--------------	--------------	----------------------------	-----------------------

<b>Ocupación:</b>	<b>Empleador:</b>	<b>Preferencia para contactarlo</b>
-------------------	-------------------	-------------------------------------

<b>Nombre y fecha de nacimiento del Guardian (si el paciente es un menor de edad)</b>		
---	--	--

<b>Etnicidad:</b>	<b>Idioma:</b>	<b>Nombre de la Farmacia:</b>
-------------------	----------------	-------------------------------

<b>Como se enteró de nosotros:</b>	<b>Otro:</b>
<input type="checkbox"/> Google <input type="checkbox"/> Periódico <input type="checkbox"/> Amigo/Familiar	

<b>En caso de emergencia:</b>	<b>Nombre de familiar ó amigo lo</b>	<b>Relación con el Paciente:</b>	<b>No. de Tel.:</b>
-------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	---------------------

<b>Alergias:</b>	<b>Medicamentos que esta tomando:</b>
------------------	---------------------------------------

<b>Condiciones Médicas:</b>
-----------------------------

<b>Autoridad para obtener historial de medicamentos? (marque</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
--	-----------	-----------

<b>Podemos obtener el historial de las vacunas del NJIIS?</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
---	-----------	-----------

**Póliza Financiera: El pago de la visita de hoy se debe efectuar en el momento en que reciba el servicio.**

(ya sea el co-pago en caso en que participemos en su plan de seguro , o el pago de la consulta, si nosotros no participamos en su plan de seguro). La visita tiene un costo de \$110 y se basa en el nivel de servicio dado. Cualque procedimiento adicional ó exámen de laboratorio tendrá un costo extra.

**Los costos que el seguro medico no cubra, son responsabilidad del paciente.**

Por favor indique el metodo de pago por la visita de hoy: Efectivo [ ] Tarjeta de credito: [ ]

\*\*\*Por favor tenga en cuenta que NO aceptamos cheques

**Admisión de recibo de información sobre prácticas de privacidad:**

**Firma:**