



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>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 Nacimiento:</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>Como Se Enteró De Nosotros:</b> <b>Google</b> <b>Periódico</b> <b>Amigo/Familia</b> <b>Otro:</b> _____						
<b>En caso de emergencia:</b>	<b>Nombre de familiar ó amigo local</b>		<b>Relación con el Paciente:</b>		<b>No. de Tel.:</b>	
<b>Nombre de la Farmacia:</b>			<b>Etnicidad:</b>		<b>Idioma:</b>	
<b>Alergias:</b>			<b>Medicamentos que esta tomando:</b>			
<b>Condiciones Médicas:</b>						
<b>Autoridad para obtener historial de medicamentos? (marque una)</b>					<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>Podemos obtener el historial de las vacunas del NJIIS?</b>					<b>Si</b>	<b>No</b>
<p><b>Póliza Financiera:</b>      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, o si nosotros no participamos en su plan de seguro). La visita tiene un costo de \$125 y se basa en el nivel de servicio dado. Cualquier procedimiento adicional ó exámen de laboratorio tendrá un costo extra.</p> <p>Los costos que el seguro medico no cubra, son responsabilidad del paciente.</p> <p>Por favor indique el metodo de pago por la visita de hoy:    Efectivo [ ]    Tarjeta de credito: [ ]</p>						
<p>***Por favor tenga en cuenta que NO aceptamos cheques</p> <p>Admisión de recibo de información sobre prácticas de privacidad:</p>						
<b>Firma:</b>						