



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 hasta Viernes de 8:00 a.m a 6:00 p.m, Sábado de 8:00 a.m a 2:00 p.m.

FORMULARIO DE INSCRIPCION DEL PACIENTE

Fecha de hoy: ____ / ____ / ____

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

Fecha de Nacimiento:	Edad:	Sexo:	Correo Electrónico:	No. del Social
-----------------------------	--------------	--------------	----------------------------	-----------------------

Ocupación:	Empleador:	Preferencia para contactarlo
-------------------	-------------------	-------------------------------------

Nombre y fecha de nacimiento del Guardian (si el paciente es un menor de edad)

Como Se Enteró De Nosotros: **Google** **Periódico** **Amigo/Familia** **Otro:** _____

En caso de emergencia:	Nombre de familiar ó amigo local	Relación con el Paciente:	No. de Tel.:
-------------------------------	---	----------------------------------	---------------------

Nombre de la Farmacia:	Etnicidad:	Idioma:
-------------------------------	-------------------	----------------

Alergias:	Medicamentos que esta tomando:
------------------	---------------------------------------

Condiciones Médicas:

Autoridad para obtener historial de medicamentos? (marque una)	Si	No
---	-----------	-----------

Podemos obtener el historial de las vacunas del NJIIS?	Si	No
---	-----------	-----------

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, 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.
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: