

THE PEDIATRIC LUNG CENTER
Pulmonology, Allergy & Immunology

2730-A Prosperity Avenue
Fairfax, VA 22031

19450 Deerfield Avenue, Suite 400
Leesburg, VA 20176

P (703) 289-1410 | F (703) 289-1420

REGISTRACION DEL PACIENTE –POR FAVOR ESCRIBA

FECHA: _____

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre _____
Apellido Primer Nombre Inicial

Sexo M F Edad _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Teléfono de la casa (____) _____ Teléfono celular (____) _____

Teléfono celular de los padres (____) _____ Teléfono de trabajo de los padres (____) _____

Nombre de su pediatra _____ Teléfono de su pediatra(____) _____
Apellido Primer Nombre

En caso de emergencia, ¿a quién se deberá notificar? _____ Teléfono (____) _____

INFORMACION DE LA FARMACIA

Nombre de farmacia _____ Teléfono de farmacia (____) _____

Dirección _____ Fax (____) _____

SEGURO PRIMARIO

Persona responsable por la cuenta _____

Relación con el paciente _____ Fecha de Nacimiento _____ Número de Seg Soc. _____

Dirección (si es diferente a la del paciente) _____ Teléfono (____) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Persona Responsable Empleado por _____ Ocupación _____

Dirección del Empleador _____ Teléfono de trabajo(____) _____

Compañía de Seguro _____ # Grupo _____ # Suscriptor _____

SEGURO ADICIONAL

¿Está el paciente cubierto por un seguro adicional? Sí No

Nombre del suscriptor _____ Relación con el paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección (si es diferente a la del paciente) _____ Teléfono (____) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Persona Responsable Empleado por _____ Ocupación _____

Dirección del Empleador _____ Teléfono de trabajo (____) _____

Compañía de Seguro _____ # Grupo _____ # Suscriptor _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

STAFF ONLY: CHECK-IN INITIALS: _____ UPDATED BY INITIALS: _____ LOCATION: PROSPERITY
 DEERFIELD