



Dr. Luis Tami

Datos del paciente

- Nuevo paciente
- Paciente actual

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Apt: _____

Estado: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Número de teléfono _____ Número de celular _____

Correo electrónico: _____

Nombre de contacto de emergencia: _____

Número de teléfono _____ Número de celular _____

Relación _____

Médico de atención primaria (PCP), información sobre seguros y farmacias.

Nombre del doctor: _____

Teléfono _____ Última visita: _____

Dirección: _____

Proveedor de seguros: _____

N.º de suscriptor _____ N.º de grupo _____ N.º

de teléfono (al reverso de la tarjeta de seguro): _____

Nombre de farmacia (específico): _____

Teléfono: _____

Ciudad: _____