

CHICAGO ALLERGY CENTER, LLC

ESTE FORMULARIO DEBE SER TERMINADO EN SU TOTALIDAD
POR FAVOR PRESENTE TARJETA DE SEGURO PARA COPIAR Y PAGUE SU COPAGO (SI CORRESPONDE)

INFORMACION SOBRE EL PACIENTE				
NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SEXO
DIRECCION		CIUDAD, ESTADO Y CODIGO POSTAL		
TELEFONO DE CASA		NUMERO DE CELULAR		
ESTADO: (favor de circular) MENOR ESTUDIANTE SOLTERO/A CASADO VIUDO SEPARADO				
SI ES MENOR DE 18 AÑOS: NOMBRE DE MADRE, NUMERO DEL TRABAJO/CELULAR:		NOMBRE DEL PADRE, NUMERO DEL TRABAJO/CELULAR		
CORREO ELECTRONICO				
NOMBRE Y NUMERO DE CONTACTO DE EMERGENCIA (nombre y número de pariente o amigo que no vivan en la mismo domicilio)			RELACION	
NOMBRE DE EL RESPONSABLE (SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD, QUIEN TRAJO AL PACIENTE A LA OFICINA A VER A LA DOCTORA)				
NOMBRE		DIRECCION		
NUMERO DE TELEFONO	FECHA DE NACIMIENTO	RELACION AL PACIENTE		

REFERIDOR	
MEDICO GENERAL (nombre del médico)	NUMERO DE TELFONO
DIRECCION, CIUDAD, ESTADO Y CODIGO POSTAL	
MEDICO QUE LE DIO REFERIDO A NUESTRA PRACTICA	NUMERO DE TELFONO
DIRECCION, CIUDAD, ESTADO Y CODIGO POSTAL	

REMISION DE INFORMACION (si corresponde)		
# DE AUTH	# DE VISITAS AUTORIZADAS	MEDICO AUTORIZADO
VALIDO DE _____ HASTA _____		
NOSOTROS NO REQUERIMOS UNA COPIA DE LA REMISION EN LA VISITA		
SI USTED NO FUE REFERIDO POR UN MEDICO, DONDE SE ENTERO DE NOSOTROS?		
NOMBRE DE FARMACIA	NUMERO DE FARMACIA	