

7777 Davie Road Ext, Suite 100B, Hollywood, FL 33024 ■ 1150 NW 35th Ave, Suite 240, Hollywood, FL 33021 ■ 603 N Flamingo Road, Suite 365, Pembroke Pines, FL 33028
Teléfono: 954-362-3426 Fax: 954-362-3432 info@myheartdoctorfl.com

Formulario de Información del Paciente

Tipo de Paciente:

☐ Paciente Nuevo

☐ Paciente Existente

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre Legal Completo del Paciente

Fecha de Nacimiento (MM/DD/YYYY)

Dirección

Apto / Unidad

Ciudad

Estado

Código Postal

Teléfono de Casa

Celular

Correo Electrónico

Nombre de Contacto de Emergencia

Parentesco

Teléfono de Contacto de Emergencia

Celular de Contacto de Emergencia

MÉDICO DE CABECERA (PCP)

Nombre del Médico PCP

Fecha de Última Visita

Teléfono # del PCP

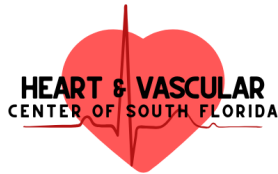
Dirección del PCP

INFORMACIÓN DE SEGURO

Proveedor de Seguro

Suscriptor / Miembro #

Grupo #



7777 Davie Road Ext, Suite 100B, Hollywood, FL 33024 ■ 1150 NW 35th Ave, Suite 240, Hollywood, FL 33021 ■ 603 N Flamingo Road, Suite 365, Pembroke Pines, FL 33028

Teléfono: 954-362-3426 Fax: 954-362-3432 info@myheartdoctorfl.com

Heart & Vascular Centers of South Florida — Formulario de Información del Paciente Página 2

Teléfono # del Seguro (atrás de la tarjeta)

Dirección del Seguro

FARMACIA

Nombre y Dirección de Farmacia Preferida

Teléfono # de Farmacia

Fax # de Farmacia

RAZA / ETNICIDAD (OPCIONAL)

Raza:

- | | |
|--|--|
| ☐ Blanco/a | ☐ Negro/a o Afroamericano/a |
| ☐ Asiático/a | ☐ Indígena Americano/a / Nativo/a de Alaska |
| ☐ Nativo/a Hawaiano/a / de las Islas del Pacífico | ☐ Otro |
| ☐ Prefiere no responder | |

Etnicidad:

- | | |
|--|--|
| ☐ Hispano/a o Latino/a | ☐ No Hispano/a o Latino/a |
| ☐ Prefiere no responder | |

Idioma Preferido:

- | | |
|---|----------------------------------|
| ☐ Inglés | ☐ Español |
| ☐ Criollo Haitiano | ☐ Otro |

AUTORIZACIÓN Y RECONOCIMIENTO

Certifico que la información proporcionada arriba es verdadera y precisa según mi conocimiento. Autorizo a Heart & Vascular Centers of South Florida a contactarme en los números de teléfono y dirección de correo electrónico listados arriba para recordatorios de citas, resultados de pruebas, y otras comunicaciones relacionadas con mi atención.

Firma del Paciente

Fecha (MM/DD/YYYY)