



Westside Pediatrics Clinic, P.C.

9555 SW Barnes Rd, Suite# 270 Portland, OR 97225

2022 NB

Elija su médico PRIMARIO: Geraldine Kempler, MD

Faye Johnson, MD Nitza Quiles, MD Melissa Giustini, MD

Información del Paciente:

Nacimiento	Nombre completo	Raza/Etnicidad	Sexo
------------	-----------------	----------------	------

dirección domiciliaria Ciudad/Estado/Código Postal

Hermano/a(s):

Nacimiento	Nombre y Apellido	Raza/Etnicidad	Sexo
------------	-------------------	----------------	------

Nacimiento Nombre y Apellido Raza/Etnicidad Sexo

Idioma Preferido:

Tutor Principal: (con quien reside paciente)

Nacimiento	Sexo	Nombre completo	SSN#
------------	------	-----------------	------

teléfono #1 teléfono #2 ocupación Correo Electrónico

Compañía de Seguro **Nombre del suscriptor**/ID#/póliza# Copago /Cantidad \$

Guardian Secundario:

Nacimiento	Sexo	Nombre completo	SSN#
------------	------	-----------------	------

teléfono #1 teléfono #2 ocupación Correo Electrónico

Dirección (si es diferente a la anterior)

Compañía de Seguro **Nombre del suscriptor**/ID#/póliza# Copago /Cantidad \$

Tercer contacto: (si no podemos comunicarnos con usted directamente)

Relación con el paciente Nombre completo Número(s) de teléfono

¿Cómo te enteraste de nosotros?

Me doy cuenta de que soy responsable de pagar todos los servicios no cubiertos. Reconozco que esta información es verdadera y precisa en la medida de mis posibilidades.

Nombre / Firma

Relación con el paciente

Fecha

