



Por favor, seleccione a su médico/a PRINCIPAL:

___ Geraldine Kempler, MD ___ Faye Johnson, MD ___ Melissa Giustini, MD
___ Saera Watanabe, MD ___ Amanda Bailey, MD

Cómo se enteró de nosotros? _____

9155 SW Barnes Rd
Suite 270
Portland, OR 97225

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

FECHA DE NACIMIENTO NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE RAZA/ETNIA SEXO

DIRECCIÓN DE DOMICILIO CIUDAD/ESTADO CÓDIGO POSTAL

HERMANOS/AS: _____
NOMBRE FECHA DE NACIMIENTO SEXO

NOMBRE FECHA DE NACIMIENTO SEXO

IDIOMA PREFERIDO: _____

TUTOR PRINCIPAL: (CON QUIEN RESIDE EL PACIENTE) _____

SSN# _____ NOMBRE COMPLETO: _____ DOB/SEXO: _____

TELEFONO #1: _____ TELEFONO #2: _____ EMAIL: _____

COMPAÑÍA DE SEGUROS: _____ NOMBRE/ID DEL SUSCRIPTOR Y GRUPO#: _____

TUTOR SECUNDARIO: _____

SSN# _____ NOMBRE COMPLETO: _____ DOB/SEXO: _____

TELEFONO #1: _____ TELEFONO #2: _____ EMAIL: _____

COMPAÑÍA DE SEGUROS: _____ NOMBRE/ID DEL SUSCRIPTOR Y GRUPO#: _____

TERCER CONTACTO: (SI NO ES POSIBLE COMUNICARSE CON USTED): _____

RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____ NOMBRE: _____ TELEFONO: _____

Reconozco que soy responsable de pagar por todos los servicios no cubiertos. Atesto que la información anterior es verdadera y precisa según mi leal saber y entender.

NOMBRE: _____ Relación con el paciente: _____ FECHA: _____