



3301 N. Oak St. Ext.
Valdosta, Ga 31605
229-242-6061-phone 229-242.6151-fax

Formulario de aprobación de paciente nuevo Adulto

Fecha: _____ Fecha de nacimiento: _____ SS # _____

Primer nombre _____ apellido: _____

Dirección _____

(Ciudad, St, zip) _____ SEXO: M / F

Número de casa: _____ Número de celular: _____ Correo electrónico: _____

Razón para venir: _____

Información del seguro:

Primaria: _____ ID # _____ Grupo # _____

Secundaria: _____ ID # _____ Grupo # _____

Patrocinador Tricare: _____

Médicos anteriores:

1. _____

2. _____

¿Has visto al Dr. Griner anteriormente como tu médico de atención primaria? sí no

Si es así cuando _____

Por favor haga una lista de los miembros de la familia que son pacientes actuales o anteriores del Dr. Griner.

1. _____ 3. _____

2. _____ 4. _____

Diagnóstico actual / anterior:

1. _____ 3. _____

2. _____ 4. _____

Medicamentos actuales / anteriores:

1. _____ 3. _____

2. _____ 4. _____

Firma de la Parte que autoriza: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de molde: _____

Relación con el paciente: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

Renuncia:

Griner Medical Group proporciona atención médica de calidad para todas las edades. Somos una práctica multidisciplinaria que está compuesta por médicos y personal profesional, cortés y orientado a los detalles. No tratamos el dolor crónico con medicamentos narcóticos para el dolor. Las referencias en este tipo de casos se enviarán para el tratamiento del dolor crónico.

Sólo en la oficina Dr. Griner:

Aceptado _____ Declinado _____