



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

Formulario de aprobación de nuevo paciente Pediátricos

Fecha: _____ DOB: _____ SS # _____

Primer nombre: _____ Apellido: _____

Dirección _____

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

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

Nombre de la Madre _____ DOB _____ SS # _____

Nombre del padre _____ DOB _____ SS # _____

Razón para venir: _____

Información Del seguro:

Primaria: _____ ID # _____ Grupo # _____

Secundaria: _____ ID # _____ Grupo # _____

Patrocinador Tricare: _____ ID# _____

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: _____

Sólo en la oficina Dr. Griner:

Aceptado _____ Declinado _____