



**VALLEY INTENSIVISTS, PULMONOLOGISTS AND
SLEEP SPECIALISTS**

1200 E. Savannah Ave. Suite 12
McAllen, TX 78503
Tel: (956) 688-6300 Fax: (956) 688-6303

FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

Por favor escriba con letra clara y complete todos los campos aplicables.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Género: Masculino Femenino Otro Prefiero no decirlo

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Celular: _____ Teléfono alternativo: _____

Correo electrónico: _____
(Se utilizará para recordatorios de citas, comunicación y acceso al Portal del Paciente.)

Método de contacto preferido: Llamada Mensaje de texto Correo electrónico

Empleador: _____ Teléfono del trabajo: _____

Médico que lo refiere: _____

RESPONSABLE DE LA CUENTA (SI ES DISTINTO DEL PACIENTE)

Nombre completo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación con el paciente: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Empleador: _____ Teléfono del trabajo: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono: _____



**VALLEY INTENSIVISTS, PULMONOLOGISTS AND
SLEEP SPECIALISTS**

1200 E. Savannah Ave. Suite 12
McAllen, TX 78503
Tel: (956) 688-6300 Fax: (956) 688-6303

INFORMACIÓN DE LA FARMACIA

Nombre de la farmacia: _____ Ubicación (Ciudad): _____

Número de teléfono: _____

DECLARACIÓN

Certifico que la información proporcionada es correcta y completa según mi leal saber y entender.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____