Formulario de inscripción – Clínica médica en la escuela

Nombre del paciente: (Primer nombre)_____(Apellido)_____Fecha de nacimiento_____

Masculino/Femenino _____

Garante/Tutor: (Primer nombre)_____(Apellido) _____Fecha de nacimiento_____

Dirección: _____

_____

Número de teléfono Casa _____Celular_____

Compañía de seguros: _____Número de grupo_____

Nombre del suscriptor: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Proveedor de atención primaria/Pediatra: _____

Alergias: _____

Reconocimientos:

____ Acepto informar a Martin County Family Clinic si mi proveedor de seguros cambia durante el período de inscripción del curso.

____ Reconozco que mi hijo puede atenderse con un proveedor que no es su proveedor de atención primaria.