

Dr. Eli Gluzman MD.
Adult & Pediatric Urgent Care

Información De Paciente

Primer Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha De Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Estado Civil: ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a

Telefono De Casa: _____ Telefono De Celular: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Correo Electronico: _____

Contacto De Emergencia

Nombre: _____ Telefono: _____

Relacion: _____

Por la presente declaro que la información proporcionada es verdadera y correcta.
Entiendo que Valley Family Medicine Urgent Care no acepta seguros y que los honorarios deben pagarse en la fecha en que se presten los servicios. Acepto que soy financieramente responsable de todos los cargos.

Firma De Paciente: _____ Fecha: _____