ASSOCIATION OF
ALEXANDRIA
RADIOLOGISTS

REGISTRO DEL PACIENTE

alexandriaradiology.com

POR FAVOR TRAIGA SU HORDEN, SU LICENCIA DE CONDUCER/ TARJETA DE IDENTIFICACION Y SEGURO A SU CITA.

POR FAVOR LLENE EL FORMULARIO ENTERO INCLUYENDO LAS CAJAS PRIMARIAS Y SECUNDARIAS DEL SEGURO.

Nombre del paciente: _____
APELLIDO PRIMERO INICIAL MEDIA

Direccion: _____
NÚMERO Y CALLE #APT CIUDAD CONDIGO POSTAL

Telefono (De Casa) _____ (Célula) _____

Fecha da nacimiento: _____ SS#: _____ ○ Masculino ○ Femenino

Estado: ○ Nino/a ○ Casado/a ○ Soltero/a ○ Divorciado/a ○ Viudo/a

E-Mail: _____

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____ Telefono: _____

Empleador: _____

Empleador localización: _____ Telefono: _____

PRIMARIA

Aseguranza: _____

ID/ #Polica: _____ Grupo #: _____

Nombre del asegurado/a: _____

Fecha de nacimiento: _____ Ins'd SS#: _____

Relación: _____

SECUNDARIA

Aseguranza: _____

ID/ #Polica: _____ Grupo #: _____

Nombre del asegurado/a: _____

Fecha de nacimiento: _____ Ins'd SS#: _____

Relación: _____

ALEXANDRIA IMAGING CENTER
1600 N Beauregard Street, Suite 200
Alexandria, VA 22311
P 703.751.5055 F 703.370-3889

WOODBRIDGE IMAGING CENTER
4001 Prince William Parkway, Suite 302
Woodbridge, VA 22193
P 703.494.3309 F 703.357.9636