Harmony Community Clinic

1103 W Hibiscus Blvd, Suite 302A, Melbourne, FL 32901 · harmonycommunityclinic@gmail.com

Registro de Paciente Nuevo

Por favor escriba con letra clara. Traiga una identificación con foto y, si aplica, su tarjeta de seguro.

Información del paciente

Apellido(s) _____ Nombre _____ Segundo nombre _____

Nombre preferido _____ Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) _____ Sexo asignado al nacer _____ Identidad de género (opcional) _____

Dirección _____ Apto. / Unidad _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Celular _____ Otro teléfono _____ Correo electrónico _____

Ocupación _____ Empleador _____ Estado civil _____

Idioma preferido:

☐ Español ☐ Inglés ☐ Otro: _____

Contacto de emergencia

Nombre completo _____ Parentesco _____ Teléfono _____

Equipo de atención y farmacia

Proveedor de atención primaria (si es otro distinto a esta clínica) _____ Teléfono _____

Farmacia preferida _____ Teléfono de la farmacia _____ Dirección / ciudad de la farmacia _____

Pago y seguro

☐ Pago propio (self-pay) ☐ Seguro médico (complete abajo)

Compañía de seguro _____ Número de miembro _____ Número de grupo _____

Nombre del titular de la póliza _____ Fecha de nacimiento del titular _____ Parentesco con el paciente _____

¿Cómo se enteró de nosotros?

- ☐ Instagram
- ☐ Facebook
- ☐ Google
- ☐ Amigo o familiar
- ☐ Evento comunitario
- ☐ Otro: _____

Servicios que le interesan

- ☐ Atención primaria
- ☐ Control de peso
- ☐ Terapia intravenosa (IV)
- ☐ Inyecciones de vitaminas
- ☐ Terapia con péptidos
- ☐ Terapia hormonal
- ☐ Botox / neurotoxinas
- ☐ Rellenos dérmicos
- ☐ Contorno corporal SculpSure
- ☐ Facial de hidrodermoabrasión
- ☐ Otro: _____

Confirmo que la información de este formulario es verdadera y completa según mi conocimiento. Informaré a Harmony Community Clinic sobre cualquier cambio en mi información personal, de contacto o de seguro.

Firmas

Al firmar abajo, confirmo que leí este formulario (o me lo leyeron) en un idioma que entiendo, que tuve la oportunidad de hacer preguntas y todas fueron contestadas, y que acepto sus términos de forma voluntaria.

Nombre del paciente (letra de molde)	Firma del paciente	Fecha

Padre / madre / tutor / representante legal (letra de molde, si aplica)	Parentesco con el paciente	Firma del representante	Fecha

Cuéntenos sobre su visita

Su opinión ayuda a otras familias a encontrar atención de calidad. Después de su visita, escanee este código con la cámara de su teléfono para dejarle una reseña a Harmony Community Clinic en Google.

Gracias por confiarnos su salud.