



Diagnostic Outpatient Imaging

Informacion del paciente:

Nombre (Apellido, Primer, Segundo): _____

Fecha de nacimiento: _____ #SS: _____ - _____ - _____ Sexo: _____
(opcional)

Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____

Tel #: _____ Cell # _____

Confirmar cita via texto? Si No

Email: _____

Contacto de emergencia: _____

Relacion: _____ Tel #: _____

Cell #: _____ Alternativo #: _____

Medico Referente: _____

