



# 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: \_\_\_\_\_

