

**JASON M. GALLINA, M.D., P.C.**

ORTHOPEDIC SPINE SURGEON

154 WEST 14TH STREET, 4TH FLOOR  
NEW YORK, NY 10011  
TEL (212) 616-4130  
FAX (212) 691-6370

**REGISTRACION DEL PACIENTE**

RECOMENDADO POR: \_\_\_\_\_

OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA VISTOS EN NUESTRA OFICINA: \_\_\_\_\_

ALERBIAS A ALBUNA DROGA: \_\_\_\_\_

APELLIDO\*: \_\_\_\_\_ PRIMER NOMBRE\*: \_\_\_\_\_ SEGUNDO NOMBRE: \_\_\_\_\_

NUMERO SOCIAL\*: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO\*: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

NO. DE LICENCIA Y ESTADO: \_\_\_\_\_

DIRECCION (PERMANENTE): CALLE: \_\_\_\_\_ NO. DEL APTO: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

NO. DE TELEFONO: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ NO. DE DEPENDES: \_\_\_\_\_

EMPLEADO POR: \_\_\_\_\_ DIRECCION: \_\_\_\_\_

OCUPACION: \_\_\_\_\_ NO. DE TELEFONO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL: \_\_\_\_\_ CONYUGAL: \_\_\_\_\_

DIRECCION DEL EMPLEADO: \_\_\_\_\_ NO. DE TELEFONO: \_\_\_\_\_

OCUPACION: \_\_\_\_\_

DIRECCION TEMPORAL: \_\_\_\_\_

POR CASO DE EMERGENCIA, UN FAMILIAR O AMISTAD CERCANO: \_\_\_\_\_

RELACION: \_\_\_\_\_ NUMERO DE TELEFONO: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PACIENTE O GUARDIANTE LEGAL \_\_\_\_\_

**RESPONSABLES DE LA CUENTA**

**SI EL PACIENTE NO ES RESPONSABLE DE LA CUENTA, POR FAVOR INDIQUE QUIEN ES RESPONSABLE**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ RELACION: \_\_\_\_\_

NO. DE TELEFONO: \_\_\_\_\_ DIRECCION: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

OCUPACION: \_\_\_\_\_ NOMBRE DEL EMPLEADOR: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_ NO. DE TELEFONO: \_\_\_\_\_

NUMERO SOCIAL Y NO.: \_\_\_\_\_

DE LICENCIA DE LA PERSONA RESPONSABLE: \_\_\_\_\_

**INDIQUE EL METODO DE PAGO POR LA VISITA DE HOY: CHEQUE  EFECTIVO:  O OTRO**

# JASON M. GALLINA, M.D., P.C.

ORTHOPEDIC SPINE SURGEON

154 WEST 14TH STREET, 4TH FLOOR  
NEW YORK, NY 10011  
TEL (212) 616-4130  
FAX (212) 691-6370

SE REQUIERE PAGO POR EL SERVICIO O EXAMENES QUE SE LE HAYGAN DADA EL DIA DE LA VISITA. AL REQUIRIR EL PAGO, NOS AYUDARA MANTENER EL COSTO DEL SERVICIO BAJO.

ENTIENDO QUE SOY RESPONSABLE POR TODOS LOS PAGOS DE LA CUENTA QUE INCLUYEN POR PARTE DE MI Y DE MI FAMILIA. SIN HACER CASO DE LOS BENEFICIOS DE LA ASEGURANZA.

FECHA: \_\_\_\_\_ FIRMA DEL RESPONSABLE: \_\_\_\_\_

NINGUN PACIENTE PODREA SER VISTO HASTA QUE LA FORMA ESTE COMPLETA

NOMBRE Y LOCAL DE FARMACIA

NOMBRE: \_\_\_\_\_ DIRECCION: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

