Teen Wellness Center
3330 King Street
Alexandria, Virginia 22302
TELEFONO: 703.746.4776 or Text "APPT" to 571.329.2245

Por favor completar la informacion del paciente del Teen Wellness Center.

FECHA:_____

NOMBRE:_____
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido

FECHA DE NACIMIENTO:_____ **SEXO:** M_____ H_____

DIRECCION:_____
APT. NO

CIUDAD:_____ **ESTADO:**_____**CODIGO POSTAL:**_____

TELEFONO DE CASA:_____**TELEFONO CELULAR:**_____

DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO:_____

Tu Medico de Cabecera (Nombre, Direccion,# De Telefono)_____

Si el cliente es menor de 18 anos de edad, por favor completar la informacion de el adulto:

Padre(s)/Guardian Legal NOMBRE:_____
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido

Telefono actual de padre(s) (En caso de emergencia):_____

Relacion a el paciente:_____

La mejor manera de contactarme: Telefono de casa_____ Telefono celular_____ Correo lec._____ Texto_____

RAZA:

___Indio o de Alaska Nativo Americano(a)

___Asiatico(a)

___Negro y/o Afro Americano(a)

___Nativo de Hawai o de otra isla del pacifico

___Blanco(a)

HISPANO(A)/LATINO(A): SI____ NO____
Si la respuesta es SI, por favor marque uno:

___Centroamerica o Sudamerica (Espanol)

___Cubano(a)

___Mexicano(a)

___Puerto Riqueno(a)

___Otro Origen Hispano(a)

SEGURO MEDICO:

___MEDICAID

___MEDICAID HMO (Anthem HealthKeepers Plus or INTotal Health)

___MEDICARE

___FAMIS

___OTRO SEGURO MEDICO

___NO SEGURO

IDIOMA HABLADO:_____