



**Vein Treatment Specialists, PC**

Dr. Bob Dupper, MD, Phlebologist.  
Specializing in outpatient treatment of varicose vein disease.

## REGISTRACIÓN DE PACIENTE

NOMBRE DE PACIENTE: \_\_\_\_\_ FETCHA DE HOY: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Initial

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ P.O. BOX \_\_\_\_\_

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

TELEFONO EN CASA(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  TELEFONO DE TRABAJO: \_\_\_\_\_

CELLULAR: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  E-MAIL: \_\_\_\_\_  
A QUAL TELEFONO PREFIERE QUE LE DEJEMOS MESANGES SOBRE SU INFORMACIÓN MEDICA?

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

SEXO:  Mujer  Hombre

ESTATUDE DE MATRIMONIO:  Soltero(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  viudo(a)  Separado(a)

NUMERO DE SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

EMPLEO:  Tiempo completo  Parte-Tiempo  Negosio propio  Retirado(a)  des-empleado

OCCUPACIÓN: \_\_\_\_\_

LUGAR DE EMPLEO Y DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

CONTACTO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_ TELEFONO: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

REALCIÓN A USTED: \_\_\_\_\_

SU DOCTOR PRIMARIO: \_\_\_\_\_

CLINICA DE SALUD/HOSPITAL: \_\_\_\_\_

COMO SE DÍO QUENTA DE NUESTRA CLINICA, VEIN TREATMENT SPECIALISTS, P.C.?

Periodico  Internet  Amigo(a)  Directorio de telefono  Doctor  Otro lugar \_\_\_\_\_

*Si su visita es sobre condición medica, por favor intregue su tarjeta de seguro medico y identification (licencia de manegar) a nuestra secretaria quien le sacara copias.*

*Vein Treatment Specialists, PC acepta assignamento por pacientes de Medicare .*