

EL DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA DEL CONDADO DE JACKSON

Hoja Principal

Fecha: _____

Razón de su visita hoy: _____

Nombre Legal: _____

(Primer)

(2º nombre)

(Apellido)

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____ M _____ F
(Hombre) (Mujer)

Raza: _____ Grupo Étnico _____ Idioma Preferido: _____

Dirección _____

de Correo: _____

Ciudad

Estado

Código Postal

Condado

Dirección _____

Física: _____

Ciudad

Estado

Código Postal

Condado

¿Está bien para recibir correo a la dirección mencionada arriba? _____ Sí _____ No

Número de Teléfono de la Casa: _____ Número de Teléfono celular: _____

Podemos facturar los seguros privados para ciertos servicios, por favor proporcione su información de seguro a continuación para que podamos facturar con precisión:

¿Usted tiene Medicaid? _____ Sí _____ No

Nombre del asegurado como aparece en la tarjeta: _____

Número de Identificación del asegurado _____

(Por favor, tenga la tarjeta lista para copiar)

Para actualizar las vacunas, por favor proporcione el siguiente.

(El estado de Carolina del Norte tiene una base de datos electrónica de todas las vacunas. Es importante proporcionar la información de su Madre para asegurarse que los datos estén correctos en el registró.)

Apellido de la Madre

Primer Nombre de la Madre

Apellido Soltera de la Madre