



RETINA SPECIALISTS
— OF SOUTHERN ARIZONA —

JOHN CHRISTOFORIDIS, M.D.
REID F. SCHINDLER, M.D.
3172 N SWAN RD, TUCSON AZ 85712
TEL: (520) 881-1400 | FAX: (520) 881-1418

Formulario de Registro de Pacientes

Primer nombre _____ Inicial _____ Apellido _____

Fecha de nacimiento _____ Número de seguro social _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono de casa (____) _____ Teléfono celular (____) _____

Dirección de correo electrónico _____ Ocupación _____

Idioma preferida _____ ¿Cual es su raza? _____

Estado civil _____ Nombre de esposo (a) _____

Doctor referente _____ Teléfono (____) _____

Nombre de doctor primario _____ Dirección _____

Teléfono (____) _____ Número de fax (____) _____

Nombre de la clínica _____

Nombre del contacto de emergencia _____ Teléfono (____) _____

Seguro médico (primario) _____

Seguro médico (secundario) _____

Titulares de pólizas nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Número de póliza (primario) _____ Número de grupo _____

Nombre de farmacia _____

Dirección de farmacia _____ Teléfono (____) _____