



Información de la Paciente

Nombre de la paciente: _____

Contacto en caso de urgencia (nombre, teléfono y relación):

Farmacia de elección: _____

Para recibir sus resultados a través de nuestro portal, indique su correo electrónico actual:

Origen étnico: _____ Idioma de preferencia para recibir información: _____

Teléfono domicilio: _____ Teléfono celular: _____

¿Cómo desea que le recordemos su próxima cita?

Correo de voz Texto

Seguro: _____

Suscriptor: _____ Fecha de nacimiento del suscriptor: _____