

WEBSITE APPOINTMENTS/CONTACT FORM
PÁGINA DE CITAS



click on HIGHLIGHT FIELDS to see BLANKS TO BE COMPLETED

ALL FIELDS MUST BE FILLED IN

TODOS LOS CAMPOS SE DEBEN COMPLETAR

If the answer is none or not applicable, please insert the words NONE or N/A

Si la respuesta no es ninguna o no aplicable, inserte por favor las palabras NINGUNAS o N/A

Be sure to print a copy for your records.
Este seguro de imprimir una copia para sus expedientes.

If you would like to schedule an appointment or send us a question or comment, please complete the following. When finished, please hit the EMAIL BUTTON and your request will be forwarded to the appropriate department.

Si usted quisiera programar una cita o enviarnos una pregunta o un comentario, termine por favor el siguiente. Cuando está acabado, golpee por favor el BOTÓN del ELECTRÓNICAMENTE y su petición será remitido al departamento apropiado.

PATIENT NAME

Nombre Paciente

month/day/year

Patient DOB

Fecha de nacimiento

ADDRESS

Dirección

CITY/STATE/ZIP

Ciudad/estado/código postal

CONTACT PHONE

Número de teléfono del contacto

Must include area code in this format (000)000-0000

EMAIL ADDRESS

Correo electrónico

CHECK ONE

PREFERRED LOCATION

Localización preferida

PELHAM

MAULDIN

GREER

HWY 14

N. MAIN

NEW PATIENT

Nuevo paciente

CHECK ONE

EXISTING PATIENT

Paciente existente

PHYSICAL

Físico

CHECK ONE

WELL CHILD VISIT - Child's Name

Visita bien del niño - Nombre de niño

FOLLOW UP APPOINTMENT FOR

Visita de seguimiento para

REGULAR OFFICE VISIT - Reason

Visita regular - razón

OTHER

Otro

PRIMARY CARE PHYSICIAN - Dr.

Doctor Primario

INSURANCE

Seguro

YES*

sí

NO

no

***If yes PRIMARY INSURANCE CARRIER**

* Si sí, Nombre de Seguro Primario

SECONDARY INSURANCE CARRIER

Nombre de Seguro Secundario

COMMENTS or QUESTIONS:

Comentario o Preguntas:

By completing this form and providing contact information and submitting the information herein, I have read and agree to the HIPAA PRIVACY STATEMENT on this website.

MUST BE CHECKED IN ORDER TO EMAIL

Llenando el formulario este y proporcionando la información de contacto y presentando la información adjunto, he leído y estoy de acuerdo al PRIVACY STATEMENT de HIPAA con este website.

Thank you for considering North Hills Medical Center.

Gracias para su consideracion de North Hills Medical Center.

**SUBMIT
BY EMAIL**

**SOMETA
ELECTRÓNICAMENTE**

