



Teen Wellness Center
3330 King Street
Alexandria, Virginia 22302
TELEFONO: 703.746.4776 or Text "APPT" to 571.329.2245



Por favor completar la informacion del paciente del Teen Wellness Center.

FECHA: _____

NOMBRE: _____
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido

FECHA DE NACIMIENTO: _____ **SEXO:** M _____ H _____

DIRECCION: _____

CIUDAD: _____ **ESTADO:** _____ **CODIGO POSTAL:** _____
APT. NO

TELEFONO DE CASA: _____ **TELEFONO CELULAR:** _____

DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO: _____

Tu Medico de Cabecera (Nombre, Direccion, # De Telefono) _____

Si el cliente es menor de 18 anos de edad, por favor completar la informacion de el adulto:

Padre(s)/Guardian Legal NOMBRE: _____
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido

Telefono actual de padre(s) (En caso de emergencia): _____

Relacion a el paciente: _____

La mejor manera de contactarme: Telefono de casa _____ Telefono celular _____ Correo lec. _____
 Texto _____

RAZA: _____ **HISPANO(A)/LATINO(A):** SI _____ NO _____

___Indio o de Alaska Nativo Americano(a)

Si la respuesta es SI, por favor marque uno:
 ___Centroamerica o Sudamerica (Espanol)

___Asiatico(a)

___Cubano(a)

___Negro y/o Afro Americano(a)

___Mexicano(a)

___Nativo de Hawai o de otra isla del pacifico

___Puerto Riqueno(a)

___Blanco(a)

___Otro Origen Hispano(a)

SEGURO MEDICO: _____ **IDIOMA HABLADO:** _____

___MEDICAID

___MEDICAID HMO (Anthem HealthKeepers Plus or INTotal Health)

___MEDICARE

___FAMIS

___OTRO SEGURO MEDICO

___NO SEGURO