

**Falls Church Healthcare Center**  
**900 South Washington Street, Suite 300 Falls Church, VA 22046 (703) 532-2500**

---

Puede que tengamos que comunicarle información médica importante, recordar o cambiar su cita. Para facilitar por favor **complete** este formulario con la información correcta para que nuestro doctor o el personal pueda contactarse con ud.  
**Si esta usando seguro, vamos a necesitar hacer una copia de su ID. con foto para su folder.**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ F DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_  
Calle

\_\_\_\_\_ Ciudad Estado Código

TELÉFONO DE CASA: \_\_\_\_\_ Podemos dejarle mensaje?  Si  No

TELÉFONO CELULAR O DEL TRABAJO: \_\_\_\_\_ Podemos dejarle mensaje?  Si  No

---

Esta información es para la División de Registros de Vida del Dept. de Salud de VA que se submite sin información de su identidad. Marque lo que aplica.

**CONDADO**  Fairfax  Arlington  Loudoun  Prince William Otro \_\_\_\_\_

**NIVEL DE EDUCACION COMPLETADO** \_\_\_\_\_ **ESTADO CIVIL:**  CASADO  SOLTERO

**PAIS DE ORIGEN:** : \_\_\_\_\_

---

PERMISO PARA DAR INFORMACION:  FCHC Puede enviar resultados de lab normales y/o recordar citas a su dirección

**FCHC puede también dejar mensaje/información con** Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

STAFF BOYT: \_\_\_\_\_ FECHA DE HOY: \_\_\_\_\_