

# Carlos Beharie, MD., FACOG

EI MONTE     BALDWIN PARK     LA PUENTE     WEST COVINA

Patient Name/ Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Birth Date/ Fecha de Nacimiento (mm/dd/yyyy) : \_\_\_\_\_

Patient Social Security/Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Age/Edad: \_\_\_\_\_ Sex/Sexo: Female/Femenina    Male/Masculino

Address/Direccion: \_\_\_\_\_

City/Ciudad \_\_\_\_\_

State/Estado: \_\_\_\_\_ Zip Code/Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Phone number/Numero de Telefono \_\_\_\_\_

E-mail/ Correo Electronico: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Responsible Party/ Persona Responsable: \_\_\_\_\_

Relationship/ Relacion \_\_\_\_\_

Primary Insurance Information/ Grupo de Aseguranza:

\_\_\_\_\_

Employer/Empleador: \_\_\_\_\_

Address/  
Direccion: \_\_\_\_\_ City/Ciudad \_\_\_\_\_

State/Estado: \_\_\_\_\_ Zip Code/ Zona Postal: \_\_\_\_\_

Phone number/Numero de Telefono: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Nearest Relative/Familiar Cercano \_\_\_\_\_ Relationship/Relacion \_\_\_\_\_

Address/Dirreccion: \_\_\_\_\_ State/Estado \_\_\_\_\_ Zip/Condigo Postal \_\_\_\_\_

Phone # / Telefono: \_\_\_\_\_

Referred By/Referido Por \_\_\_\_\_

Patient/Guardian Signature(Firma Del Paciente o Padre): \_\_\_\_\_ Date/Fecha \_\_\_\_\_