

# APEX HEART AND VASCULAR CARE

VEIN RESTORATION CLINIC



293 Passaic Street  
Passaic, NJ 07055  
tele: 973-916-0002  
fax: 973-916-0027  
www.apexheartandvascularcare.com

## NEW PATIENT REGISTRATION FORM

NAME/NOMBRE: \_\_\_\_\_

DOB /FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

ADDRESS/DIRECION \_\_\_\_\_

CITY/CUIDAD \_\_\_\_\_ STATE/ESTADO \_\_\_\_\_ ZIP CODE/CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_

HOME PHONE/NUMERO DE CASA: \_\_\_\_\_

CELLPHONE /NUMERO DE CELLULAR: \_\_\_\_\_

Email / correo electrónico: \_\_\_\_\_

EMERGENCY CONTACT NAME AND NUMBER/ NOMBRE Y TELEFONO DE CONTACTO DE EMERGENCIA

\_\_\_\_\_

PRIMARY DOCTOR/ DOCTOR PRIMARIO:

\_\_\_\_\_

PHARMACY/ FARMACIA: \_\_\_\_\_

*PRIMARY INSURANCE/ SEGURO PRIMARIO*

INSURANCE COMPANY/ NOMBRE DE SEGURO MEDICO: \_\_\_\_\_

SUBSCRIBER ID/ NUMERO DE IDENTIFICACION: \_\_\_\_\_

I consent to receive calls and/or texts from Apex Heart and Vascular Care for my protected healthcare and other services at the phone number(s) above./ Doy mi consentimiento para recibir llamadas y / o mensajes de texto de

Apex Heart and Vascular Care para mi atención médica protegida y otros servicios al número de teléfono indicado anteriormente. \_\_\_\_\_