

Carlos Beharie, MD., FACOG

1433 W. Merced Ave. #103 - West Covina, CA 91790 – (626) 337-8000

10050 Garvey Ave, Ste. 111 – El Monte, CA 91731 – (626) 652-0790

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 _____