



Name/ Nombre _____

Date of Birth/ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____

Johns Hopkins All Children's Hospital
Clinical Genetics/ Genética Clínica
Patient Information Update/
Actualización de la información del paciente

Date/ Fecha ____ / ____ / ____

Patient Name/ Nombre del paciente _____

Birth date/ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____

Address/ Dirección _____

City/ Ciudad _____ State/ Estado _____ Zip/ Código postal _____

Telephone/ Teléfono: Best phone to reach you/ El mejor teléfono para localizarlo _____

Secondary phone/ Teléfono secundario _____

Primary care physician/ Médico de atención primaria _____

Address/ Dirección _____

City/ Ciudad _____ State/ Estado _____ Zip/ Código postal _____

Phone/ Teléfono _____ Fax/ Número de fax _____

■ I would like a copy of the report from today's visit to be sent to the following physicians/ Me gustaría que se enviara una copia del informe de la consulta de hoy a los siguientes médicos:

Physician/Care provider/ Médico/Proveedor de atención _____

Address/ Dirección _____

City/ Ciudad _____ State/ Estado _____ Zip/ Código postal _____

Physician/Care provider/ Médico/Proveedor de atención _____

Address/ Dirección _____

City/ Ciudad _____ State/ Estado _____ Zip/ Código postal _____

Physician/Care provider/ Médico/Proveedor de atención _____

Address/ Dirección _____

City/ Ciudad _____ State/ Estado _____ Zip/ Código postal _____

Signature/ Firma _____ Date/ Fecha ____ / ____ / ____