



INFORMACIÓN DE REGISTRO DEL PACIENTE

Fecha de hoy:		Historia #: <i>(para uso de oficina solamente)</i>	
Nombre:			
Direccion:			
Ciudad:	GA	Codigo Postal:	
Telefono #:		Telefono Celular #	
Numero de Seguro Social #:		Correro Electronico:	
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Casada:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Razon por su visita:			
Si est a embarazada, cual fue la fecha de su ultima menstruacion?			
Si esta embarazada, ha tenido cuidado prenatal? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
Nombre de la de clinica u oficina:			
Nombre de Doctor:			
Direccion:			
Ciudad:		Estado:	
Telefono #:			
Forma de pago: <input type="checkbox"/> Cash <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Insurance <i>(si usted tiene seguro medico, por favor provea la informacion de la persona primaria en el seguro medico)</i>			
Nombre:			
Fecha de nacimiento:		Numero de Seguro Social #:	
Empresa para la que trabaja:		Telefono de la empresa #:	
En caso de emergencia, con quien hablamos? Es muy importante, debemos tener e esta informacion			
Nombre:			
Direccion:			
Telefono #:		Relacion:	
Como escucho de nuestra clinica?	<input type="checkbox"/> Mundo Hispanico <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> Twitter <input type="checkbox"/> Instagram <input type="checkbox"/> CIMA pagina web	<input type="checkbox"/> Amiga <input type="checkbox"/> Que Pasa en Atlanta <input type="checkbox"/> Paciente Previo <input type="checkbox"/> Zoc Doc <input type="checkbox"/> Tarjeta postal <input type="checkbox"/> Referido de otra Clinica/organización cual: _____	<input type="checkbox"/> Feria de Salud <input type="checkbox"/> Volante <input type="checkbox"/> Otro Explique: _____
Yo entiendo que soy responsable por el pago del cuidado prenatal en el Centro Internacional De Maternidad (CIMA).			
Firma _____			