

CIMA

The Kane Clinics, LLC.

Registro Del Paciente

Apellido: _____ Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ # Seguro Social: _____

Raza: _____ Etnicidad: _____ Primera Lengua: _____

Estado Civil: _____ Farmacia preferida: _____

Dirección: _____ Apt: _____

Código Postal: _____ Ciudad: _____ Condado: _____

Teléfono:

Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____ Primario: _____

E-mail: _____ Comunicación Preferida: _____

Contacto de Emergencia

Nombre: _____ # Teléfono: _____ Relación: _____

Nombre: _____ # Teléfono: _____ Relación: _____

Seguro Medico:

Compañía: _____ Nombre de Plan: _____

Numero de Póliza _____ Numero de Grupo: _____

¿Cómo escuchó de nuestra clínica?

- | | | | |
|---|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Amiga | <input type="checkbox"/> Medio Social | <input type="checkbox"/> Previamente fue Paciente | <input type="checkbox"/> Taxi |
| <input type="checkbox"/> Facebook | <input type="checkbox"/> Mundo Hispanico | <input type="checkbox"/> Que Pasa en Atlanta | <input type="checkbox"/> Television |
| <input type="checkbox"/> Feria de Salud | <input type="checkbox"/> Otro Doctor o clínica | <input type="checkbox"/> Radio | <input type="checkbox"/> Twitter |
| <input type="checkbox"/> Folieto | <input type="checkbox"/> Periodico | <input type="checkbox"/> Seguro | <input type="checkbox"/> Zoc Doc |
| <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Postcard | <input type="checkbox"/> Sitio web de CIMA | <input type="checkbox"/> Otro * |

* por favor elabora _____

Entiendo que soy responsable por el pago del cuidado prenatal en el Centro Internacional de Maternidad (CIMA)

Firma: _____ Fecha: _____