



Registro del Cliente

<input type="checkbox"/>	Sí, me puede contactar por mensajes de texto.
<input type="checkbox"/>	Por favor no me mande mensajes de texto.

Apellido: _____ Nombre: _____ 2nd Nombre: _____ Apodo: _____

Número de seguro social: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ OK para correo? _____

ATTENCION: Por favor entienda que si necesitamos comunicarle sobre un resultado anormal de su examen y no pudimos localizarla por teléfono y/o usted no nos llama de regreso, tenemos que enviarle una carta a su dirección postal. Su firma aquí indica que usted entiende: _____

Idioma primario que habla: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono de casa: _____ OK para llamar? _____ OK para dejar mensaje? _____

Teléfono de celular: _____ OK para llamar? _____ OK para dejar mensaje? _____

Teléfono de trabajo: _____ OK para llamar? _____ OK para dejar mensaje? _____

POR FAVOR NOTE AMBOS RAZA Y GRUPO CULTURAL

***Raza:** Nativa de Alaska/Indo-Americana Asiática Negra Blanca

Nativa de Hawaiana/otra isla del Pacífico Clienta rehusó/no reportó

***Grupo cultural:** Hispana o Latina No hispana o Latina

Usted va a la escuela? _____ Nombre de la escuela: _____

Circule Uno: Soltera Casada Unión Domestica Separada Divorciada Viuda

Empleador: _____ Ocupación: _____ TC _____ MT _____

Usted tiene seguro medico? _____ Nombre de su seguro medico: _____

Contacto de emergencia: _____ Relación con usted: _____

Teléfono (H) _____ (T) _____ (C) _____

Quien le hablo de Womankind? _____

Consentimiento para recibir tratamiento

Por este medio consiento con el tratamiento médico mediante la firma de este documento. Estoy consciente de que el pago de los honorarios se ha de hacer al momento de brindado el servicio; sin embargo, los servicios están disponibles sin estar condicionados a la habilidad de pago. Entiendo que estos servicios son proveídos tan frecuente como los pida y que no tengo que aceptar ningún método de planificación familiar. Por este medio autorizo a Womankind, a revelar la información necesaria a mi seguro de salud para asegurar el pago por los servicios y autorizo el uso de mi firma en todas las fórmulas de cobro a mi seguro médico.

Firma de la cliente: _____ Fecha: _____

Reconocimiento de la Política de privacidad del expediente médico

Yo, la abajo firmante hago constar que he recibido una copia del documento de Práctica Privada de Womankind, que contiene políticas, prácticas y procedimientos usados por Womankind para asegurar la confidencialidad de mi expediente médico.

Firma de la cliente: _____ Fecha: _____

Si No Llega a Su Cita / O Cancela Su Cita

Womankind le cobraría \$10.00 a todos los clientes que no lleguen a sus citas, o que cancelen sus citas.

Su firma para indicar que su comprensión: _____