



## Información de la Paciente

Fecha \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre de la Paciente \_\_\_\_\_ Seguro Social # \_\_\_\_\_

Dirección de Casa \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Dirección de Trabajo \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_

Teléfono del Celular \_\_\_\_\_

### **En Caso de Emergencia Por Favor de Notificar**

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

La proxima información es requirida por el estado de Nevada Eres Hispana ?    si    no    Si si, que nacionalidad (ie. cubana, Mexicana, etc.)? _____ Raza: <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ Por favor indique cual fue el grado de escuela que terminaste (0-12). _____ Colegio? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no   años _____
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Reglas federales de privacidad requieren que usted nos diga como contactarte con información, resultados de laboratorio, cambios de cita, y otra información que sea crucial para su cuidado con Birth Control Care Center.

Por favor marque todos lo que aplican.

La mejor manera de llamarme es:                      Si usted nesecita dejar un mensaje, digo....

- |                                             |                                                                                                    |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Llame a mi casa    | <input type="checkbox"/> "Birth Control Care Center llamó"                                         |
| <input type="checkbox"/> Llame a mi trabajo | <input type="checkbox"/> "la officina de tu doctor llamó"                                          |
| <input type="checkbox"/> Llame a mi celular | <input type="checkbox"/> "Casey llamó" (este es nuestro 'codigo' para una llamada de esta clinica) |

Nunca me llames

Por favor escriba alguna otra manera de encontrarte \_\_\_\_\_

Entiendo que nuestros empleados periodicamente neseciten contactarme acerca resultados de pruebas ú otra información acerca de mi cuidado con Birth Control Care Center. He hecho mis preferencias conocidas acerca como contactarme.

También entiendo que situaciones criticas puede ocurrir que requiera que Birth Control Care Center me contacte inmediatamente. Si no podemos, entiendo que Birth Control Care Center puede mandar correo certificado a mi casa como una manera de contactarme directamente. Firmando abajo estoy de acuerdo con los metodos de contacto de Birth Control Care Center.

\_\_\_\_\_  
Firma de la Paciente

\_\_\_\_\_  
Testigo(a)

\_\_\_\_\_  
Pariente o Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha y Hora

Como escuchaste acerca Birth Control Care Center?

- |                                                 |                                                          |                                                       |
|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Paginas Amarillas      | <input type="checkbox"/> Referida por Planned Parenthood | <input type="checkbox"/> Adviso en la Radio           |
| <input type="checkbox"/> Internet               | <input type="checkbox"/> Referida por una amistad        | <input type="checkbox"/> He estado aquí anteriormente |
| <input type="checkbox"/> Referida por Dr. _____ | <input type="checkbox"/> Vio adviso en _____             | <input type="checkbox"/> Otra _____                   |