HOJA DE REGISTRO

POR FAVOR DE CONTESTAR TODAS LAS PREGUNTAS. ESCRIBA CLARAMENTE. TODA LA INFORMACION ES CONFIDENCIAL.

Anesthesia que desea? Local (despierta) ____ Twilight (semi-dormida) ____ General (dormida) ____

Estado Civil: Soltera ____ Casada ____ Separada ____ Divorciada ____ Viuda ____

Apellido: _____ Primer Nombre: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Area Postal: _____ Numero de telefono: _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Lugar de Empleo: _____ Ocupacion: _____ Tel. de Trabajo: _____

El primer dia de su ultima menstruacion normal? _____

Ha teniedo un sonograma? _____ Fecha de sonograma? _____

Cuantas semanas de embarazo tiene? _____

Como supo de nosotros? _____

ES MUY IMPORTANTE QUE NOS DE EL NOMBRE DE UN AMIGO(A) O UN MIEMBRO DE SU FAMILIA EN CASO DE EMERGENCIA.

Nombre: _____ Relacion: _____

Numero de telefono: _____ _

Como va pagar: Tarjeta de credito _____ En effectivo _____

POR FAVOR LEER LA INFORMACION DE PRIVACIDAD DETRAS DE ESTA FORMA Y FIRMAR LA.

Firma: _____ **Fecha:** _____