



4 Atlantic St. SW  
 Washington, DC 20032  
 Phone: (202) 465-7164  
 Fax: (202) 905-0159

## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Fecha de Hoy:					
<b>PATIENT INFORMATION</b>					
Apellido del paciente:		Primer Nombre:		Segundo Nombre:	Estado Civil: Soltera <input type="checkbox"/> Cas <input type="checkbox"/> Div <input type="checkbox"/> Sep <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/>
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Numero de Seguro Social:			
Numero de teléfono de casa: (        )		Numero de teléfono celular: (        )		Correo electrónico:	
Dirección:				Condado:	
Ciudad:			Estado:	Código Postal:	
Médico de atención primaria:			Numero de teléfono del médico: (        )		Mandar los resultados al médico?: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Porque eligió a esta clínica?:			<input type="checkbox"/> Dr/a.	<input type="checkbox"/> Plan de seguro	<input type="checkbox"/> Clínica comunitaria
<input type="checkbox"/> Familia	<input type="checkbox"/> Amigo/a	<input type="checkbox"/> Cerca de mi trabajo/casa	<input type="checkbox"/> Yellow Pages	<input type="checkbox"/> Other	
<input type="checkbox"/> Me gustaría estar informada acerca de eventos/ noticias de Breast Care for Washington.					
<b>INFORMACION DEL SEGURO (POR FAVOR ENTREGUE SU TARJETA DE SEGURO Y IDENTIFICACION A LA RECEPCIONISTA)</b>					
<b>Tipo de seguro:</b>				Política #:	
Relación del paciente al suscriptor:		<input type="checkbox"/> Yo	<input type="checkbox"/> Esposo	<input type="checkbox"/> Hijo/a	<input type="checkbox"/> Otro
<b>Seguro secundario:</b>				Política #:	
<input type="checkbox"/> No seguro:					
<b>Ingreso Familiar:</b>	<input type="checkbox"/> Menos de 26,000	<input type="checkbox"/> 26,000- 44,000	<input type="checkbox"/> 44,001- 62,000	<input type="checkbox"/> 62,001- 80,000	<input type="checkbox"/> 80,001 +
<b>Tamaño de la familia:</b>					
<b>IN CASE OF EMERGENCY</b>					
Contacto de emergencia:		Relación con el paciente:	Numero de teléfono de casa: (        )	Numero de teléfono del trabajo: (        )	
Firma del Paciente			Fecha		