

**PATERNIDAD PREVISTA DE OKLAHOMA CENTRAL**  
**Información del paciente**

Uso de oficina:  
 EDM MWC NOR OKC SOC

Para ayudarnos aprender mas de usted, termine por favor el siguiente:  
 (Imprima por favor claramente)

(Circunde por favor uno)

<b>Apellido:</b>	<b>Nombre:</b>	<b>M.I.</b>	<b>Sr.</b> <b>Señora.</b> <b>Señorita</b>
<b>Domicilio:</b>			
<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	<b>Código postal :</b>	<b>Género: F M</b>
<b>Teléfono casero:</b>		<b>Teléfono del trabajo:</b>	
<b>Fecha de nacimiento :</b>		<b>Número de Seguridad Social:</b>	
<b>Ocupación:</b>		<b>Empleo:</b>	

(Circulo uno por favor)

<b>Estado civil:</b> Casado(a) Soltero(a) Divorciado(a)	<b>Si está casado, nombre del esposo:</b>	<b>Número en casa:</b>
---	---	------------------------

(Circulo uno por favor)

<b>¿Cómo usted oyó hablar nosotros?</b>	Cupón	Conduzca cerca	Miembro de la familia	Amigo Periódico	Libro de teléfono
	Departamento de la salud		Cine	Radio	T.V. Cartelera
					Centro Comercial

(Circulo uno por favor)

<b>¿Es usted un estudiante?</b>	Sí	No
---------------------------------	----	----

(Circulo uno por favor)

<b>¿Es aceptable Poner nos en contacto por el teléfono?</b>	Sí	No	<b>¿Correo?</b>	Sí	No
---	----	----	-----------------	----	----

(Circunde por favor uno)

<b>¿ Usted tienen gusto de ser colocados en nuestro correo enumeraron para nuestro boletín de noticias y otros correos? Sí No</b>
---

<b>Método anticonceptivo (círculo uno)</b>	<b>Pertenencia étnica (círculo uno)</b>	<b>Educación (círculo uno)</b>	<b>Renta de casa gruesa (círculo uno)</b>	<b>Método del pago (círculo uno)</b>
Depo Provera	Asiático	8 <sup>th</sup> Grado o menos	0 - \$5000	Efectivo/cheque
Píldoras	Americano nativo	Alguna High School secundaria (1-3 años)	\$5001 - \$10.000	Tarjeta de crédito
IUD	Americano africano		\$10.001 - \$15.000	Medicaid
Diaphragma/casquillo cervical	Caucásico/blanco	Alto equivalente de School/GED	\$15.001 - \$20.000	Blue Cross/Blue Shield
Condón/espuma	Hispanico	Alguna universidad	\$20.001 - \$25.000	
Esterilización	Otro:	Graduado de la universidad	\$25.001 - \$30.000	
Implanon		Graduado de poste	\$30.001 - \$35.000	
Método del socio		Escuela del comercio/del Tech	\$35.001 - \$40.000	
Remiendo			\$40.001 - \$45.000	
Anillo			\$45.001 - \$50.000	
Ninguno			\$50.001 - \$55.000	
			\$55.001 - \$60.000	
			\$60,001 +	

Si usted quisiera que archiváramos una demanda con su compañía de aseguranza privada, termine por favor el siguiente:

Nombre de aseguranza: \_\_\_\_\_ Número de la identificación del asegurado: \_\_\_\_\_

Dirección del aseguranza: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_

Aseguró nombre si con excepción del paciente: \_\_\_\_\_ Aseguró la fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Autorizo el lanzamiento de cualquier información médica u otra necesaria para procesar una demanda con mi compañía de aseguranza. Autorizo el pago de ventajas médicas al médico o al abastecedor de servicio que atiende. Entiendo que mis servicios se deben pagar por completo antes de la demanda que es archivada.

Firmado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_