

INFORMACIÓN DEL PACIENTE/PATIENT INFORMATION

¡Bienvenido(a)! Para crear su récord necesitamos que nos provea la siguiente información.
 Welcome! To create your record, we need you to provide the following information.

Nombre: Name:				Apellidos: Last Names:			
Fecha de Nacimiento/Date of Birth:				Edad/Age:			
Estado Civil/Marital Status:	Mes/Month	Día/Day	Año/Year	Sexo/Sex:	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M	
<input type="checkbox"/> Soltero(a) Single	<input type="checkbox"/> Casado(a) Married	<input type="checkbox"/> Viudo(a) Window(er)	<input type="checkbox"/> Divorciado(a) Divorced	<input type="checkbox"/> Separado(a) Separated			
Celular/Cellular:				Otro/ Other Tel.:			
Correo Electrónico: Email:							

Dirección Postal/Mailing Address:

Dirección Residencial/Residential Address:

Ocupación/Occupation: _____

Lugar de Trabajo/Place of Employment: N/A

¿Cómo supo de nosotros?/How did you hear about us? _____

¿En caso de emergencia a quién debemos llamar? In case of an emergency who should we call?

Nombre y Relación/Name and Relationship: _____

Número(s) de Teléfono/Telephone Number(s): _____

Por la presente certifico que soy la persona descrita anteriormente y que toda la información suministrada es correcta. Entiendo que soy responsable del pago de los servicios médicos/cosméticos/estéticos prestados.

I hereby certify to be the person described above and that all the information provide is correct. I understand that I am responsible for payment of the medical/ cosmetic/ aesthetic services rendered.

Firma del Paciente /Patient's Signature

Fecha /Date

Firma del Padre/Tutor (si el paciente es un menor)
Parent's/Tutor's Signature (if patient is a minor)

Nombre en Letra de Molde del Padre/Tutor
Parent's/Tutor's Printed Name

Pegar Copia de Identificación

Paste Copy of Identification