

# Formulario de Admision

**CONFIDENCIAL**

## INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Nombre:	Fecha de Nacimiento:	Genero:	M	F
Direccion:	Ciudad:	Codigo Postal:		
Telefono de Casa:	Telefono Celular:			
Correo Electronico:	Numero de Seguro Social:			
Afiliacion Religiosa:				
Empleado Por:	Telefono de Trabajo::			
Direccion:	Ciudad:	Codigo Postal:		

## INFORMACIÓN FAMILIAR

Soltero     Casado     Separado     Divorciado     Viudo     Viviendo Juntos

Nombre del cónyuge/pareja:

## NIÑOS

Nombre	Edad	Escuela/Grado	Biologico o adoptado
1.			
2.			
3.			
4.			

Nombre de cualquier otra persona que viva en la casa:

## HISTORIAL MÉDICO

Nombre de Medico:

Fecha de ultima examinacion:

Esta siendo tratado actualmente por alguna condicion medica?

SI

NO

Si es Si , por favor explique:

Actualmente estas tomando algun medicamento?

SI

NO

Si es Si , por favor explique:

Por favor, enumere cualquier alergia:

Has recibido asesoramiento previo?

SI

NO

Si es Si, por quien?

Fecha/Año:

Indique brevemente por que esta buscando asesoramiento en este momento:

## INFORMACIÓN DE REFERENCIA

Referido:

Direccion:

Me gustaria enviar una nota de agradecimiento a la persona que lo refirio por apoyar nuestro ministerio. Por favor firme abajo para dar su permiso.

Nombre:

Fecha:

## AUTORIZACIÓN DE COMUNICACIÓN

Autorizo a el Centro de Winning at Home usar el correo electronico y el telefono celular para enviar cambios y confirmaciones a mi hora-rio de citas.

Firma:

Fecha:

## INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre:

Número de teléfono:

Relación con el cliente: