



www.babytimeultrasound.com
babytimeultrasound@yahoo.com

FORMA DE REGISTRO DEL CLIENTE/PACIENTE

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de Esposo: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Teléfono de Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Correo Electronico: _____

INFORMACION DE CUIDADO PRENATAL

Fecha de Vencimiento: _____ Semanas de embarazo: _____

Doctor Medico: _____ Teléfono de Doctor: _____

¿Ha informado usted su medico de su visita? ____ Si ____ No

¿Ha tenido usted algún problema con este embarazo? ____ Si ____ No

Si sí por favor explique: _____

¿Cuántos ultrasonidos ha tenido usted con este embarazo? _____

¿Fecha de último ultrasonido? _____

¿Fueron normales los resultados? ____ Si ____ No

Si anormal, por favor explique: _____

¿Cómo se enteró de nosotros? ____ Anuncio ____ Amigo ____ Internet ____ Otro (favor liste abajo)

Verifico la exactitud de la información de arriba. Yo autorizo el ultrasonido de BabyTime 3D/4D Ultrasound Studio, INC. para revelar la información médica a mi doctor si es necesario. Yo entiendo que soy completamente responsable económicamente de todos los gastos relacionados con este ultrasonido.

Firma letra de molde: _____

Firma de Client/Paciente: _____ Fecha: _____