

JOSE RAUL MONTES

Eyes & Facial Rejuvenation

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: _____
Mes/Month Día/Day Año/Year Sexo/Sex: F M

Estado Civil/Marital Status: Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a) Separado(a)
Single Married Window(er) Divorced 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: _____

¿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
