



Clínica Gratis de Ithaca - Información de Registro

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Sexo _____ ¿Cómo prefiere ser Dirigido ? _____

Dirección (Calle) _____ (Apt. #) _____

(Pueblo o Ciudad) _____ (Estado) _____ (Código postal) _____

Si es Ithaca, indique Ciudad o Pueblo : Ciudad _____ Pueblo _____

Dirección postal: (si es diferente del domicilio):

(Calle o apartado postal Box) _____ (Apt. #) _____

((Pueblo o Ciudad) _____ (Estado) _____ (Código postal) _____

Si no hay dirección permanente, se considera usted sin hogar: Si _____ No _____ En Refugio _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono móvil: _____ Sin contacto: _____

Correo Electrónico: (sólo se utiliza para las actualizaciones esenciales) _____

Estado civil: Soltero / Casado / Pareja(O describir) _____

Número de Personas en el Hogar: Adultos _____ Niños _____

Empleado: _____ Desempleado: _____ Estudiante: _____ Ocupación: _____

Seguro de Salud Estado: Tiene Cobertura _____ No Cobertura _____

Tipo de Seguro : Privado / Tercera Parte _____ Medicare _____ Medicaid _____

Nombre de la Compañía de Seguros: _____

Nombre de Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____

Teléfono de Emergencia: _____

Idioma Principal: _____ Idioma Secundario: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

¿Cómo se enteró acerca de la Clínica Gratis Ithaca? Sitio web _____ folleto _____ CFI Personal _____ Por Palabra: _____

Referido por Agencia _____ Referido un médico _____ Paseo Por la Clínica _____ Otro _____

Las donaciones siempre son apreciados , pero no es necesario