

Clínica Segura Forma de Registración

Fecha _____

Nombre Legal: Nombre _____ Apellido _____

Dirección: Numero y Nombre de Calle _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Numero de Teléfono (____) _____

Fecha de Nacimiento _____

Número de Seguro Social _____

Fecha del Abuso _____

Ciudad y Estado donde ocurrió el abuso _____

No se le cobrara por los servicios proporcionados hoy en La Clínica Segura del Centro de Abuso Sexual. Toda la previa información es necesaria para entregarle un recibo al fondo estatal de seguridad para el reembolso de su visita. Favor de completar toda la información pedida.
Gracias.

Contacto de Emergencia _____

Numero de Emergencia _____

Consentimiento para tratamiento

Por favor firme a continuación su consentimiento para tratamiento en la Clínica Segura del Centro de Abuso Sexual. Todos los procedimientos e intervenciones se explicarán por el personal médico. Usted puede retirar su consentimiento para cualquier o todo tratamiento en cualquier momento durante su visita

Firma _____