

**FORMULARIO DE AFILIACIÓN  
FAVOR COMPLETAR LA PLANILLA CON INFORMACION DETALLADA**

**Código:**

**CB#:**

INFORMACIÓN DE LA MADRE				
<b>Tipo de Parto</b>	Natural	Cesárea	Inducido	<b>Fecha Probable Parto:</b>
<b>Nombres y Apellidos:</b>				
No. Identificación:	Fecha de Nacimiento:		Casada	Soltera
Ocupación:	E-mail:			
Tel. Res.:	Tel. Ofic.:		Tel. Cel.:	
Dirección/Sector:			Ciudad:	
Edad al inicio del embarazo:	Cliente anterior :	SI	NO	No. Hijos:
<b>NOMBRE DEL BEBÉ:</b>	<b>Sexo:</b>		<b>M</b>	<b>F</b>

INFORMACIÓN DEL PADRE				
<b>Nombres y Apellidos:</b>				
No. Identificación:	Fecha de Nacimiento:			
Tel. Cel.:	Tel Ofic.:	E-mail:		
Dirección (si es distinta a madre):				
DATOS DEL GINECÓLOGO				
<b>Nombre:</b>	E-mail:			
Teléfonos:	Dirección:	Ciudad:		
<b>Centro de Salud:</b>				
Dirección:		Teléfonos:		
DATOS DEL PEDIATRA				
<b>Nombre:</b>	Teléfonos:			
DATOS DE FAMILIARES				
<b>Nombre de familiar directo que no viva con usted:</b>				
Parentesco:	Tel:	E-mail:		
Dirección:				

USO INTERNO:				
<b>Fecha Nacimiento:</b>	<b>Hora:</b>	<b>Guía Aérea:</b>	<b>SAF#:</b>	
<b>Forma de Pago:</b>				
RD\$ _____	Efectivo	<b>Tarjeta Crédito:</b>		
US\$ _____	Cheque	Visa	Mastercard	Amex
	Transferencia			
<b>Seguro Médico:</b>	Humano	Universal	Yunen	Otro
<b>Afiliación:</b>	<b>Código:</b>	<b>PMS #:</b>	<b>Mes/Año:</b>	<b>CB#:</b>