



de Adultos
de Niños

Hora de su CITA

Nombre de Ayudante

Idioma Preferida: Inglés Español Frances Russian Korean Chinese Japanese ASL Other _____

Nombre y Apellido: _____

Dirección: _____

Ciudad / Est. / Código Postal: _____

Teléfono: _____ Email: _____

SEXO: Masc. o Fem. RAZA: Indio Americano/de Alaskan Hispano
 Asiático/de las Islas Pacíficas Blanco (No Hispano)
 Negro (No Hispano) Otro

ALGUIÉN DE LA CLÍNICA PUEDE CONTACTAR A UD.? **SÍ** **NO**

Como sabía Ud de la clínica? Ponga un círculo:

Email Amigo TV Iglesia Foletos Servicios Sociales Periódico
 Correo Radio Otro _____

Service	Priority	Received	Service	Priority	Received
Acupuntura (Rm 133 & 134)			Educación de Salud (Rm 120,121,122)*		
Terapia de Ansiedad y Depresión (Rm 130 & 131)			Pruebas de SIDA (Rm 119)		
Quiropráctico (Rm 108)			Masaje (Rm 108)		
Servicios Dentales			Exámenes Físicos (Rm)		
Fotos de la Familia (Fellowship)			Oraciones y Apoyo (Rm 140 & 141)		
Consejos Financieros (Rm 142)			Cuidado Prenatal (Rm 135)		
Despensa (afuera)/ Ropa (Rm 126 & FS)			Pruebas de Embarazo & Consejos (Rm 127)		
Glucosa/Colesterol/Presión de Sangre (Rm 112)			Referencias a Agencias Sociales (Rm 136)		
Comida (Gratuita afuera)			Spa/Cortes de Pelo/ Masajes del Mano (Rm 117,118)		

SOLO UN SERVICIO PUEDE SER EL PRIORIDAD #1

*Se incluye Nutricion, Medicicina, Diabetes, etc...

EXIT PERSONNEL ONLY

De 1 a 10 (1 = BAJO; 10 = ALTO)

- ¿La clínica ayudó a Ud? _____
- ¿Satisfacemos sus necesidades? _____
- ¿Quieres oración hoy? _____
- ¿Preguntas / Suregenicas? _____