



Formulario de Registro de elegibilidad de Ultrasonido

Información Personal:

Nombre: _____

Fogonadura / Nombre FOB: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Fecha Estimada de Labor: ____ / ____ / ____

Dirección de casa: _____

Código postal: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ (celular) Dirección de correo electrónico: _____

Información del Embarazo:

Fecha de LMP: ____ / ____ / ____

¿Quién es su proveedor de cuidado prenatal u obstetra / ginecólogo? _____

Número de teléfono del médico de OB: _____

1 Niño o Gemelos (circule uno)

¿Conoce el sexo del bebé? Si No (marque uno)

¿Quieres saber el sexo del bebé? Si No (marque uno)

¿Ha tenido alguna complicación con este embarazo o algún embarazo anterior en el pasado? Si No

En caso afirmativo, explique: _____

¿Cómo se enteró de nosotros?

Internet Facebook Amigo / Familia Doctor Otros _____

He notificado a mi médico que deseo obtener un ultrasonido fetal en 3D / 4D electivo con Expecting Miracles, LLC. Entiendo que esto no ha sido ordenado por mi médico. Entiendo que este ultrasonido no será revisado por un médico y no reemplaza mi ultrasonido médico. Me han informado que la FDA ha determinado que el uso de equipos médicos de ultrasonido para fines no médicos, sin receta médica, es no aprobado.

Firma

Fecha