



NAME: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

SOCIAL SECURITY: \_\_\_\_\_

LOCATION: \_\_\_\_\_

## **HOW DID YOU HEAR ABOUT US?**

Please tell us how you heard about New Horizon Family Health Services. Mark one or more of the sources listed below.

- |  |   |                                     |
|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hospital                | <input type="checkbox"/> Radio                                | <input type="checkbox"/> Phone Book |
| <input type="checkbox"/> Another Doctor's Office | <input type="checkbox"/> Friend or Relative                   | <input type="checkbox"/> Newspaper  |
| <input type="checkbox"/> Flyer or Brochure       | <input type="checkbox"/> Booth at Festival or Community Event |                                     |
| <input type="checkbox"/> Health Fair             | <input type="checkbox"/> Agency/Organization                  |                                     |

Please list the name of the agency, health fair or festival: \_\_\_\_\_

Other (Please describe): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

**NUMERO DE SEGURO SOCIAL:** \_\_\_\_\_

**Ubicación:** \_\_\_\_\_

## **¿DIGANOS COMO SE ENTERO DE NOSOTROS?**

Por favor díganos como usted se enteró de los servicios del Centro de Salud Familiar Nuevo Horizonte. Marque uno o mas de los recursos abajo mencionados.

\_\_\_\_ Hospital                      \_\_\_\_ Radio                      \_\_\_\_ Directorio Telefónico

\_\_\_\_ Otra Oficina Médica      \_\_\_\_ Amigo o Pariente      \_\_\_\_ Periódico

\_\_\_\_ Volante o Panfleto      \_\_\_\_ Kiosko en Festival o Evento en la Comunidad

\_\_\_\_ Feria de la Salud              \_\_\_\_ Agencia/Organización

Por favor escriba el nombre de la agencia, feria de la salud o festival:

\_\_\_\_\_

Otro (Por favor describa): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_