



Reproductive Technologies, Inc.

THE SPERM BANK OF CALIFORNIA

2115 Milvia Street, Berkeley Ca 94704 Tel. 510.841.1858 Fax: 510.841.0332 Email: staff@tsbca.org

INFORMACIÓN DE RECEPTOR(A)

Por favor complete toda la información en este formulario. La información que provee es de carácter confidencial.

Fecha de hoy ____/____/____

¿Es este su primer registro? Sí No

Nombre de su Profesional de Salud Registrado

Nombre del Grupo o Clínica Medica **(Incluir ciudad y estado)**

Su Nombre _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____
Primer Nombre Apellido (Pronombre) mes día año

Domicilio _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Hogar Trabajo Cel _____ Hogar Trabajo Cel _____

¿Se pueden dejar mensajes confidenciales? Sí No ¿Se pueden dejar mensajes confidenciales? Sí No

Su correo electrónico: _____ ¿Se pueden enviar correos electrónicos? Sí No

Si Corresponde: Nombre de Cónyuge/Pareja: _____ (Pronombre) _____

Correo Electrónico: _____ ¿Se puede enviar correo electrónico? Sí No

¿Es su pareja un(a) receptor(a) registrado? Sí No Tel: _____ ¿Se puede dejar mensajes? Sí No

Estado Civil: Soltero En Pareja Casado Otro _____

Identidad Sexual: Lesbiana/Gay Bi Pan Queer Heterosexual Otro _____

Identidad de Genero: Marque todas las que apliquen: Cis Mujer Trans Hombre
 GQ/No-Binario Otro _____

Identidad de Genero de su Pareja: N/A Marque todas las que apliquen: Cis Mujer Trans Hombre
 GQ/No-Binario Otro _____

Su Origen Étnico/Ascendencia: Marque todas las que apliquen:

Ascendencia Africana Ascendencia Asiática Ascendencia Caribeña Ascendencia Europea
 Ascendencia Indígena/Nativo Americana Ascendencia Judía Ascendencia Latina
 Ascendencia Árabe/Medio Oriente Ascendencia de las Islas del Pacifico Otro _____

Origen Étnico/Ascendencia de Su Pareja: Marque todas las que apliquen:

Ascendencia Africana Ascendencia Asiática Ascendencia Caribeña Ascendencia Europea
 Ascendencia Indígena/Nativo Americana Ascendencia Judía Ascendencia Latina
 Ascendencia Árabe/Medio Oriente Ascendencia de las Islas del Pacifico Otro _____

¿Qué tipo de inseminación planea realizarse? Vaginal IUI IVF IVF/ICSI Otro _____

¿Cómo escucho del TSBC? Amigo Doctor Internet Libro DSR Otro _____

Autorizo a TSBC a realizar un cargo de registro único no-reembolsable de \$100 a la tarjeta de crédito debajo.

MC/VISA/Discover # ____/____/____/____ Fecha de Exp. ____/____ Código# _____

Nombre en la tarjeta _____ Firma _____

Solo para uso de la oficina:

de cuenta TSBC _____

Fecha ____/____/____

Iniciales _____