

PATIENT #:	
SLIDE TYPE:	

Formulario de Registración

Información del Paciente

Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____

Nombre Previo _____ Número de Seguro Social (opcional) _____

Dirección _____ Apto # _____ Teléfono de Casa () _____ Teléfono Celular () _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Correo Electrónico _____

Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ Sexo al Nacer: Hombre Mujer

Estado Civil: Soltero Casado Pareja Divorciado/a Viudo/a

Nombre del Empleador: _____

Empleo: Tiempo Completo Medio Tiempo Desempleado Por cuenta propia Retirado En servicio militar Desconocido

Estudiante: Tiempo Completo Medio Tiempo No Estudia

Contacto de Emergencia: _____ Relación con el Paciente: _____ Número de teléfono () _____

¿Tiene usted un Guardián Legal o Apoderado? Sí No ¿Tiene Instrucciones Anticipadas? Sí No

Raza: Afroamericano Blanco Asiático Hawaiano Indio Americano/Nativo de Alaska Isleño del Pacífico Más de una raza

Etnia: Hispano/Latino No-Hispano/Latino Reúso informar

Lenguaje Preferido: Inglés Español Urdu Amárico Árabe Hindi Farsi Francés Otro _____

¿Tiene usted Necesidad de Comunicación Especial tal como Lenguaje de Señas? Sí No Explique: _____

¿Es Usted un Trabajador Temporal? Sí No ¿Es Usted un Trabajador Migrante? Sí No ¿Es Usted un Veterano? Sí No

¿Tipo de Vivienda?: Calle Duplicar (viviendo con más de una familia o más de cuatro individuos) Transicional Albergue

Desconoce Otro especifique: _____

Referido por: Doctor / Centro Medico Albergue Evento Comunitario Feria de Salud / Recursos Escuela / Head Start

Familiar / Amigo Otro: _____

Orientación Sexual:

- Lesbiana o Gay
- Heterosexual
- Bisexual
- Algo más
- No se
- Elijo no decirlo

Identidad de Género:

- Hombre
- Mujer
- Hombre Transgénero / de Hombre a Mujer
- Mujer Transgénero / de Mujer a Hombre
- Otro
- Elijo no decirlo

PATIENT #:	
SLIDE TYPE:	

Formulario de Registración

Persona Responsable del pago de facturas Uno mismo Otra Persona (*complete a continuación*)

(Apellido) (Nombre) (Inicial)

Relación _____ Fecha de Nacimiento de la Persona Responsable _____ / _____ / _____

Farmacia Preferida

Nombre de la Farmacia: _____

Ubicación de la Farmacia/Número Telefónico: _____

Información del Seguro Médico

Seguro Primario (o escribe ninguno): _____

Dirección: _____

Número del Asegurado: _____ Co-Pago: \$ _____

Nombre del Asegurado: _____

Relación del Paciente con el Asegurado: _____

Número del Grupo: _____ Empleador/Nombre del Grupo: _____

Numero ID del Medicaid: _____

Seguro Secundario: _____

Dirección: _____

Número del Asegurador: _____ Co-Pago: \$ _____

Número del Grupo: _____ Empleador/Nombre del Grupo: _____

La información aquí mencionada es verdadera dentro de lo mejor de mi conocimiento.

Paciente o Padre / Guardián Legal

Fecha

Relación con el Paciente

Firma del Testigo