

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

Raza:

Asiático Nativo de Hawaii/Otro
(Por favor especifique) Isleño del Pacifico
 Indian Asiático (Por favor especifique)
 Filipino Hawaiano
 Japones Isleño del Pacifico
 Koreano Guamanian or Chamorro
 Vietnamita Samoan
 Otro Asiatico

Afroamericano Blanco

Indio Americano/Nativo de Alaska Más de una raza

Elijo no decirlo

Etnia:

Hispano/Latino
(Por favor especifique)
 Mexicano/Chicano/Mexicoamericano
 Puertorriqueño
 Cubano
 Otro Hispano/Latino/de origen Español

No-Hispano/Latino

Elijo no decirlo

Contacto de Emergencia Relación con el Paciente () Numero de teléfono

¿Tiene usted un Guardián Legal o Apoderado? Sí No

¿Tiene Instrucciones Anticipadas? Sí No

Lenguaje Preferido: Ingles Español Amárico Urdu/Hindi Árabe Dari/Farsi Bengalí Otro

¿Tiene usted Necesidad de Comunicación Especial como Lenguaje de Señas? Sí No

Explique: _____

¿Es usted un Trabajador Temporal? Sí No

¿Es usted un Trabajo 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: _____

PATIENT #:	
SLIDE TYPE:	

Formulario de Registración

Identidad de Género:

Hombre

Mujer

Hombre Transgénero / de Mujer a Hombre

Mujer Transgénero / de Hombre a Mujer

Otro

Elijo no decirlo

Orientación Sexual:

Lesbiana o Gay

Heterosexual

Bisexual

Algo más

No se

Elijo no decirlo

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: _____

Cual es el estimado actual de los ingresos familiares?

(Incluya todas las fuentes de ingresos como salarios, seguro social, discapacidad, etc.)

\$ _____ semanal mensual anual

Elijo no decirlo

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