

MR# _____

Formulario de Registro al paciente

☐ **Paciente Nuevo** ☐ **Paciente**

Informacion del Paciente

Apellido:		Nombre:		Segundo Nombre:	
Fecha de Nacimiento:	Numero de Seguro Social:		Nombre Preferido:		
Direccion:		Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:	
Numero de celular:	Numero de Telefono de la casa:		Numero de Telefono del Trabajo #:		
Mejor telefono para usar: ☐ Celular ☐ Casa ☐ Trabajo		Le gustaria recibir recordatorio de citas por mensajes de texto? ☐ Si ☐ No		Se puede dejar mensaje de voz? ☐ Si ☐ No	
Correo Electronico ☐ No correo electronico				Cuales su language preferido?	
Es fluente en Ingles?	☐ Si	☐ No	Necesita un intepete durante su visita?	☐ Si	☐ No
Estado Civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Separados		Estado de Empleo: ☐ Empleado a tiempo completo ☐ Empleado a tiempo parcial ☐ Retirado ☐ Estudiante a tiempo completo ☐ Estudiante a tiempo parcial ☐ Decempleado ☐ Otro			
Empleador:					

Informacion demografica del Paciente

Cual es su raza?	☐ Indio Americano o Nativo de Alaska		☐ Asiatico	☐ Negro o Afroamericano	
	☐ Nativo Hawaii		☐ Other isla del Pacifico		☐ Blanco
	☐ Otro		☐ Elije no revelar		
Cual es tu etnia?	☐ Hispano o latino		☐ No hispano o latino	☐ Elija no reveler	
Cual es tu sexo?	☐ Femenina	☐ Masculino	☐ Elija no revelar		
Cuál es su vivienda actual?	☐ Alquile o compre una casa (solo o con su familia)		☐ Vivir permanentemente con alguien que me apoye.		☐ Viviendo con familia o amistad
	☐ Refugio de emergencia		☐ Viviendas Trasincional		☐ Otro
Información financiera familiar	Tamaño del hogar familiar:			Ingresos del hogar:	
	☐ Semanar	☐ Quincenal	☐ Mensual	☐ Annual	☐ Se nego
Es usted un veterano?	☐ Si		☐ No		

Contacto de Emergencia

Nombre:	Relación con el paciente:	Número de Teléfono:
Yo doy permiso para que mi proveedor de atención médica y el personal que discutan temas relacionados con mi atención médica o la de mi hijo (a) con las siguientes personas. Entiendo que este permiso se aplica a todos los aspectos de mi atención médica a menos que se especifique lo contrario.		
Nombre:	Numero de telefono:	Relaccion:
Nombre:	Numero de telefono:	Relaccion:
Nombre:	Numero de telefono:	Relaccion:

Información para padres/tutores de pacientes pediátricos			
Nombre del Padre/Tutor #1:		Nombre del Padre/Tutor #2:	
Apellido:	Fecha de Nacimiento:	Apellido:	Fecha de Nacimiento:
Relación con el paciente:		Relación con el paciente:	
¿Vive con el paciente? Si/No/Otro		¿Vive con el paciente? Si/No/Otro	
Número de celular:	Número de Teléfono del Trabajo:	Número de celular:	Número de Teléfono del Trabajo:
¿Quién es el padre con custodia? ☐ #1 ☐ #2 ☐ Both <u>Proporcione la documentación de custodia, si corresponde.</u>			
Información de seguros			
<u>INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO</u> ☐ Actualmente tengo seguro MÉDICO ☐ Actualmente NO tengo seguro médico ☐ Sí, me gustaría participar en el programa de descuento y presentaré prueba de ingresos		<u>INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO</u> ☐ Actualmente tengo seguro DENTAL ☐ Actualmente NO tengo seguro dental ☐ Sí, me gustaría participar en el programa de descuento y presentaré prueba de ingresos	
Nombre del seguro médico:		Nombre del seguro dental:	
Nombre del tenedor de la Fecha de Nacimiento:	Fecha de póliza:	Nombre del tenedor de la Fecha de póliza:	Nacimiento:
Número de póliza:		Número de póliza:	
Número de grupo:		Número de grupo:	

Firma del paciente/padre/tutor

Date

¿Cómo escuchó de nosotros?

Referido por	Amigo/Miembro de la Familia	Proveedor de Salud	Sala de Emergencia	Búsqueda de Internet
Facebook	Anuncio	Feria/Alcance de la Salud	Trabajo/Escuela	Otro_____

STAFF USE
Reviewed By: _____ Scanned By: _____