

MR# _____

Formulario de Registro al paciente
☐ Paciente Nuevo ☐ Paciente

Contacto del Paciente					
Apellido:		Nombre:		Segundo Nombre:	
Fecha de Nacimiento:		Número de Seguro Social:		Nombre Preferido:	
Dirección:		Ciudad		Estado:	Código Postal:
Número de celular:		Número de Teléfono de la casa:		Número de Teléfono del Trabajo	
Mejor Teléfono para usar: ☐ Celular ☐ Casa ☐ Trabajo		¿Le gustaría recibir recordatorio de citas por mensajes de texto? ☐ Si ☐ No		¿Se puede dejar mensaje de voz? ☐ Si ☐ No	
¿Tiene correo electrónico?: _____ ☐ No correo electrónico				¿Cuál es su lenguaje preferido?	
¿Es fluente en Inglés		☐ Si	☐ No	¿Necesita un intérprete durante su visita?	
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 ☐ Desempleados ☐ Otro			
Empleador:					
Patient Demographic Information					
¿Cuál es su raza?	☐ Indio Americana o Nativo de Alaska		☐ Asiático	☐ Negro o Afroamericano	
	☐ Nativo de Hawaii		☐ Otro isla del Pacífico		☐ Blanco
	☐ Otro		☐ Elije no revelar		
¿Cuál es tu etnia?	☐ Hispano or Latino		☐ No-Hispano		☐ Elijo no revelar
What is your sex?	☐ Fememina	☐ Masculino		☐ Elije no revelar	
¿Cuál es su género??	☐ Fememina	☐ Masculino	☐ Género no conforme/no binario		☐ Género Queer
	☐ Intersexual	☐ Transsexual	☐ Transgenenero Femenino		☐ Transgenenero Masculino
	☐ Otro	☐ Elije no revelar			
¿Cuales son tus pronombre?	☐ Ella	☐ El	☐ Ellos		
Piensas en ti mismo como:	☐ Bisexual	☐ Lesbiana, or homosexual		☐ Heterosexual	
	☐ Algo mas	☐ Elije no revelar		☐ No se	
¿Cuál es su vivienda actual?	☐ Rentando o propia casa (solo o con la familia)		☐ Viviendo con otro permanente		☐ Viviendo con amigos y familiares
	☐ Refugio de emergencia		☐ Vivienda Transicional	☐ Otro	
Family Financial Information	Tamaño del hogar familiar:		Ingresos del hogar:		
	☐ Semanar	☐ Quincenal	☐ Mensual	☐ Anual	☐ se negó
¿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 telephone:	
		Relaccion:	
Nombre:		Numero de telephone:	
		Relaccion:	
Nombre:		Numero de telephone:	
		Relaccion:	
Información para padres/tutores de pacientes pediátricos			
Nombre del Padre/Tutor #1:		Nombre del Padre/Tutor #2:	
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:	
¿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>		<u>INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO</u>	
☐ Actualmente tengo seguro MÉDICO		☐ Actualmente tengo seguro DENTAL	
☐ Actualmente NO tengo seguro médico		☐ Actualmente NO tengo seguro dental	
☐ Sí, me gustaría participar en el programa de descuento y presentaré prueba de ingresos		☐ 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 póliza: Nacimiento:		Nombre del tenedor de la 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: _____