

FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE



¡Bienvenido! Nos complace ser su prestador de servicios de atención médica. Recopilamos la siguiente información para brindarle la mejor atención posible. Gracias por completar el formulario en su totalidad.

Complete las secciones 1-4.

I. INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y DATOS DEMOGRÁFICOS					
APELLIDO		NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO ANTERIOR	NOMBRE DE PREFERENCIA
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____		FECHA DE NACIMIENTO ____ / ____ / ____ DÍA MES AÑO	SEXO AL NACER <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	GÉNERO ACTUAL <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> X	
ORIENTACIÓN SEXUAL	<input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Lesbiana, gay u homosexual	<input type="checkbox"/> Prefiere no revelar <input type="checkbox"/> Algún otro _____	<input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Heterosexual		
DETALLE DE LA IDENTIDAD SEXUAL	<input type="checkbox"/> Género adicional u otro _____ <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino a masculino <input type="checkbox"/> Masculino a femenino	<input type="checkbox"/> Prefiere no revelar <input type="checkbox"/> Género no binario		
PRONOMBRE PREFERIDO	<input type="checkbox"/> Se desconoce <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Se niega a responder <input type="checkbox"/> Ella	<input type="checkbox"/> Él <input type="checkbox"/> Elle	<input type="checkbox"/> Ellos	
DIRECCIÓN POSTAL			DPTO.		
CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL		
TELÉFONO PREFERIDO ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____		<input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Laboral	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL		
TELÉFONO SECUNDARIO ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____		<input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Laboral	PREFERENCIA PARA NOTIFICACIÓN DE CITAS (escoja una) <input type="checkbox"/> Mensaje de texto <input type="checkbox"/> Llamada telefónica <input type="checkbox"/> MyChart		
¿USTED ES HISPANO O HISPANO-LATINO?	<input type="checkbox"/> Sí, es hispano o latino	<input type="checkbox"/> No es hispano ni latino			
¿CUÁL ES LA RAZA U ORIGEN DE SU FAMILIA?	<input type="checkbox"/> Nativo de América del Norte/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Más de una raza	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano	<input type="checkbox"/> Nativo de otras islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Se niega a identificar
¿USTED ES UN VETERANO DE LOS ESTADOS UNIDOS?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿QUIÉN ES SU EMPLEADOR?					
¿CUÁL ES SU SITUACIÓN LABORAL?	<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo completo	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Retirado	<input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> De temporada <input type="checkbox"/> Estudiante de medio tiempo	<input type="checkbox"/> Servicio activo en el ejército <input type="checkbox"/> Autónomo	
¿CÓMO CALIFICARÍA SU FLUIDEZ EN INGLÉS?	<input type="checkbox"/> Excelente	<input type="checkbox"/> Muy buena	<input type="checkbox"/> Buena	<input type="checkbox"/> No es buena	<input type="checkbox"/> No habla en lo absoluto
¿CUÁL ES SU IDIOMA PREFERIDO POR ESCRITO?					

FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE



Continuación de la otra página.

2. CONTACTO DE EMERGENCIA

APELLIDO		NOMBRE		RELACIÓN CON EL PACIENTE
DIRECCIÓN				DPTO.
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Laboral	
_____ - _____ - _____				

3. SEGURO

¿TIENE SEGURO? (Si su respuesta es «sí», muestre su tarjeta de seguro al personal).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---

4. PREGUNTAS ADICIONALES (marque una respuesta para cada pregunta.)

INGRESOS	¿Cuál es el ingreso mensual bruto en su hogar? \$ _____	
CANTIDAD DE PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR	¿Cantidad de miembros de la familia que figuran en la declaración del impuesto federal sobre los ingresos?	
¿DESEA SOLICITAR NUESTRO PROGRAMA DE DESCUENTO GRADUAL?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿NO TIENE HOGAR O VIVE EN UN REFUGIO TEMPORAL?	<input type="checkbox"/> En riesgo de quedarse sin hogar <input type="checkbox"/> Actualmente no es una persona sin hogar, lo fue en los últimos 12 meses <input type="checkbox"/> Refugio desconocido para personas sin hogar <input type="checkbox"/> Vive en un refugio <input type="checkbox"/> Vive con otras personas	<input type="checkbox"/> No es una persona sin hogar <input type="checkbox"/> Vivienda de apoyo permanente <input type="checkbox"/> Hotel de ocupación individual <input type="checkbox"/> Calle, campo, puente <input type="checkbox"/> Vivienda de transición
SITUACIÓN LABORAL DE TEMPORADA/MIGRANTE	<input type="checkbox"/> Inmigrante <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> De temporada	
¿CÓMO SUPO DE NEIGHBORCARE HEALTH? (MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN)	<input type="checkbox"/> Amigos o familia <input type="checkbox"/> Otro proveedor diferente a Neighborcare <input type="checkbox"/> Otro grupo o programa comunitario <input type="checkbox"/> Avisos publicitarios (vallas, autobús, periódico)	<input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Búsqueda en línea (Google) <input type="checkbox"/> Ubicación conveniente/cercana a su hogar <input type="checkbox"/> Redes sociales (Facebook, Twitter, Instagram) <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Otro