

FORMULARIO DE REGISTRO DEL/LA PACIENTE



¡Bienvenido/a! Nos complace ser su prestador de servicios de atención médica. Recopilamos la siguiente información para brindarle la mejor atención.

INFORMACIÓN DEL/LA PACIENTE Y DATOS DEMOGRÁFICOS							
APELLIDO		NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO ANTERIOR	NOMBRE DE PREFERENCIA		
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL ____ - ____ - ____		FECHA DE NACIMIENTO ____ / ____ / ____ DÍA MES AÑO		SEXO LEGAL <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No binario			
DIRECCIÓN POSTAL				DPTO.			
CIUDAD			ESTADO	CÓDIGO POSTAL			
TELÉFONO PREFERIDO <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Laboral ____ - ____ - ____			Usaremos este número para ofrecerle información y proporcionarle recordatorios de citas.				
Teléfono SECUNDARIO <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Laboral ____ - ____ - ____			DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO				
IDENTIDAD DE GÉNERO		<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Transgénero (de masculino a femenino)	<input type="checkbox"/> Otro _____			
		<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Transgénero (de femenino a masculino)	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder			
		<input type="checkbox"/> No estoy seguro/a	<input type="checkbox"/> No binario o genderqueer				
SEXO ASIGNADO AL NACER		<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder		
ORIENTACIÓN SEXUAL		<input type="checkbox"/> Heterosexual	<input type="checkbox"/> Lesbiana	<input type="checkbox"/> Bisexual	<input type="checkbox"/> Otro: _____		
		<input type="checkbox"/> Homosexual	<input type="checkbox"/> Queer	<input type="checkbox"/> Pansexual	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder		
PRONOMBRE PREFERIDO		<input type="checkbox"/> Ella	<input type="checkbox"/> Él	<input type="checkbox"/> Elle	<input type="checkbox"/> Otro: _____		
		<input type="checkbox"/> Él	<input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder			
¿ES DE ORIGEN HISPANO O LATINO?		<input type="checkbox"/> Sí, soy hispano/a o latino/a	<input type="checkbox"/> No, no soy hispano/a o latino/a	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder			
¿CUÁL ES LA RAZA U ORIGEN DE SU FAMILIA?		<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Negro o afroestadounidense			
		<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái	<input type="checkbox"/> Nativo de otras islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco			
		<input type="checkbox"/> Más de una raza	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder				
¿ES VETERANO/A ESTADOUNIDENSE?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No				
SI USTED ES EL/LA PACIENTE, INDIQUE UN CONTACTO DE EMERGENCIA. Nos comunicaremos con esta persona si no podemos comunicarnos con usted, pero no compartiremos información de salud. Si el/la paciente es menor de 18 años, indique el tutor legal.		APELLIDO		NOMBRE			
		RELACIÓN CON EL/LA PACIENTE		TELÉFONO <input type="checkbox"/> RESIDENCIAL <input type="checkbox"/> CELULAR <input type="checkbox"/> LABORAL ____ - ____ - ____			
		DIRECCIÓN			DPTO.		
		CIUDAD		ESTADO		CÓDIGO POSTAL	
		¿Se le permite a esta persona comunicarse verbalmente* con el equipo de atención médica en su nombre (es decir, está involucrada en su atención, lo/a representa con respecto a las decisiones de atención médica o es su tutora legal)? * Se excluyen los servicios confidenciales.					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

FORMULARIO DE REGISTRO DEL/LA PACIENTE



Continuación de la otra página

¿USTED O UN MIEMBRO DE SU FAMILIA TRABAJAN PARA NEIGHBORCARE HEALTH?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿CUÁL ES SU SITUACIÓN LABORAL?	<input type="checkbox"/> Trabajo a tiempo completo <input type="checkbox"/> Trabajo a medio tiempo <input type="checkbox"/> Trabajo por temporada	<input type="checkbox"/> Soy menor de edad <input type="checkbox"/> Estoy desempleado/a <input type="checkbox"/> Soy militar en servicio activo	<input type="checkbox"/> Trabajo por cuenta propia <input type="checkbox"/> Estoy retirado/a <input type="checkbox"/> Soy estudiante
¿CUÁL ES SU IDIOMA PRIMARIO?			
¿NECESITA UN INTÉRPRETE?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
INSCRIPCIÓN EN MYCHART	¿Desea registrarse en el servicio de MyChart, que le permitirá acceder en línea a los resultados de sus análisis y comunicarse con su equipo de atención de manera electrónica?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

SEGURO

¿TIENE SEGURO?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
INCLUYA LA INFORMACIÓN DE COBERTURA DE SEGURO.	NOMBRE DEL SEGURO		FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA
	NÚMERO DE PLAN GRUPAL	N.º DE IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO	
	NOMBRE DEL SUSCRIPTOR O TITULAR DE LA PÓLIZA	FECHA DE NACIMIENTO DEL SUSCRIPTOR	
¿LE INTERESA NUESTRO PROGRAMA DE DESCUENTOS EN ESCALA VARIABLE?	Ofrecemos un programa de descuentos en escala variable si no tiene seguro médico o si necesita ayuda para pagar los gastos que su compañía de seguros no cubre. La elegibilidad para el programa y la tarifa mínima se basan en la cantidad de integrantes y en los ingresos del grupo familiar. ¿Le gustaría reunirse con uno de nuestros especialistas en elegibilidad para obtener más información y presentar una solicitud?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

PREGUNTAS ADICIONALES (Responda como paciente; o bien, si el/la paciente es menor de edad, responda como su tutor legal).

INGRESOS ANUALES O MENSUALES	¿Cuál es el ingreso bruto anual en su hogar?	\$	Si es más fácil de calcular, ¿cuál es el ingreso mensual 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:			
¿NO TIENE HOGAR O VIVE EN UN REFUGIO TEMPORAL?	<input type="checkbox"/> Tengo casa <input type="checkbox"/> Comparto una casa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Resido en una vivienda con apoyo permanente <input type="checkbox"/> Resido en una vivienda pública <input type="checkbox"/> Vivo en un refugio <input type="checkbox"/> Vivo en la calle <input type="checkbox"/> Estoy en una situación transitoria			
SITUACIÓN LABORAL DE TEMPORADA/INMIGRANTE	En cualquier momento en los últimos dos años, ¿el trabajo agrícola de temporada o como inmigrante ha sido la principal fuente de ingresos de usted o de su familia?		<input type="checkbox"/> No realice trabajo agrícola <input type="checkbox"/> Sí, realice trabajo agrícola como inmigrante <input type="checkbox"/> Sí, realice trabajo agrícola de temporada	
¿CÓMO SUPO DE NEIGHBORCARE HEALTH? (Marque todo lo que corresponda).	<input type="checkbox"/> Amigos o familiares <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Búsqueda en línea (Google) <input type="checkbox"/> Otro proveedor que no es Neighborcare Health <input type="checkbox"/> Ubicación conveniente o cerca de casa <input type="checkbox"/> Otro programa o grupo comunitario <input type="checkbox"/> Redes sociales (Facebook, Twitter, Instagram) <input type="checkbox"/> Anuncios (carteles, autobuses, periódicos) <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Otro			