


FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

¡Bienvenido(a)! Nos complace ser su socio en el cuidado de su salud. Solicitamos la siguiente información con el fin de brindarle la mejor atención.

INFORMACIÓN Y DEMOGRAFÍA DEL PACIENTE			FECHA DE HOY	__ / __ / __	
APPELLIDO(S)	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APPELLIDO ANTERIOR	NOMBRE PREFERIDO	
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL __ - __ - __ - __ - __ - __		FECHA DE NACIMIENTO __ / __ / __ MES DÍA AÑO		SEXO LEGAL <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No binario	
DIRECCIÓN			DEPTO		
CIUDAD		ESTADO	C.P.		
TELÉFONO PRINCIPAL <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo __ - __ - __ - __ - __ - __		 Usaremos este número para dar asistencia y recordarle de sus citas			
TELÉFONO SECUNDARIO <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo __ - __ - __ - __ - __ - __		DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO			
IDENTIDAD DE GÉNERO	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Transgénero de hombre a mujer <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Transgénero de mujer a hombre <input type="checkbox"/> Prefiero no decir <input type="checkbox"/> Cuestionándose <input type="checkbox"/> No binario/género Queer				
SEXO ASIGNADO AL NACER	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Prefiero no decir				
ORIENTACION SEXUAL	<input type="checkbox"/> Asexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Gay <input type="checkbox"/> Lesbiana <input type="checkbox"/> Omnisexual <input type="checkbox"/> Pansexual <input type="checkbox"/> Queer <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiero no decir				
PRONOMBRES	<input type="checkbox"/> Ella, de ella <input type="checkbox"/> Ellos, ellas, de ellos(as) <input type="checkbox"/> Prefiero no decir <input type="checkbox"/> Él, de el <input type="checkbox"/> Nombre del paciente <input type="checkbox"/> Otro _____				
¿ES HISPANO(A) O LATINO(A)?	<input type="checkbox"/> Sí, hispano(a) o latino(a) <input type="checkbox"/> No soy hispano(a) o latino(a) <input type="checkbox"/> Prefiero no decir				
¿CUÁL ES SU RAZA O ANTECEDENTES FAMILIARES?	<input type="checkbox"/> Nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Pueblos indígenas de los Estados Unidos <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra/afroamericana <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano <input type="checkbox"/> Islaña del pacífico <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Prefiero no decir				
¿ES VETERANO DE EE. UU.?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
SI USTED ES EL/LA PACIENTE, POR FAVOR PONGA UN CONTACTO DE EMERGENCIA. Nos comunicaremos con esta persona en caso de no poder comunicarnos con usted, pero no compartiremos información médica. Si el paciente tiene menos de 18 años, escriba los datos del tutor legal.	APPELLIDO		NOMBRE		
	RELACIÓN CON EL/LA PACIENTE		TELÉFONO <input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> CELULAR <input type="checkbox"/> TRABAJO __ - __ - __ - __ - __ - __		
	DIRECCIÓN		DEPT	FECHA DE NACIMIENTO __ / __ / __ MES DÍA AÑO	
	CIUDAD		ESTASDO	C.P.	
	¿Le da permiso a esta persona de comunicarse verbalmente* con el equipo de atención médica en su nombre (son parte de su atención, su representante de atención médica o su tutor legal)? *Excluye servicios confidenciales				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE



Continuación de la otra página

¿USTED O UN MIEMBRO DE SU FAMILIA TRABAJA EN NEIGHBORCARE HEALTH?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿CUÁL ES TU SITUACION LABORAL?	<input type="checkbox"/> A tiempo completo <input type="checkbox"/> A tiempo parcial <input type="checkbox"/> De temporada	<input type="checkbox"/> Menor <input type="checkbox"/> Sin empleo <input type="checkbox"/> Servicio militar activo	<input type="checkbox"/> Trabajador independiente <input type="checkbox"/> Jubilado(a) <input type="checkbox"/> Estudiante
¿CUÁL ES SU IDIOMA PREFERIDO?			
¿NECESITA UN INTÉRPRETE?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
REGISTRO PARA MYCHART	¿Le gustaría inscribirse en MyChart para tener acceso en línea a sus resultados de laboratorio y comunicación electrónica con su equipo de atención médica?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
SEGURO MÉDICO			
¿TIENE SEGURO MÉDICO?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
INFORMACIÓN DE LA COBERTURA DEL SEGURO	NOMBRE DE LA ASEGURADORA		FECHA DE VIGENCIA
	NÚMERO DE PLAN DE GRUPO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO	
	NOMBRE DEL TITULAR DEL SEGURO/TITULAR DE LA PÓLIZA	FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR	
¿LE INTERESA OBTENER INFORMACIÓN SOBRE NUESTRO PROGRAMA DE DESCUENTOS VARIABLES?	Ofrecemos un descuento de tarifa variable si necesita ayuda para cubrir los gastos de atención médica. Todos los pacientes pueden presentar una solicitud para este programa. Calificar para el programa y la tarifa mínima se basan en el tamaño y los ingresos de su hogar. Para obtener más información y presentar una solicitud, ¿le gustaría reunirse con uno de nuestros especialistas?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
PREGUNTAS ADICIONALES (Responda por el paciente o, si el paciente es menor de edad, responda por el tutor legal).			
INGRESO ANUAL O MENSUAL	¿Cuál es el ingreso bruto anual (al año) de su hogar?	\$	<input type="radio"/> si es más fácil ¿cuál es el ingreso mensual de su hogar? \$
NÚMERO DE PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR	Cantidad de personas que viven en el hogar y que son incluidos en la declaración de impuestos federales sobre la renta:		
¿ESTÁ SIN HOGAR O EN UN REFUGIO TEMPORAL?	<input type="checkbox"/> En riesgo de quedarse sin hogar <input type="checkbox"/> Menor en riesgo de quedarse sin hogar <input type="checkbox"/> Ya no es una persona sin hogar, pero lo estuvo en los últimos 12 meses <input type="checkbox"/> Refugio desconocido para personas sin hogar	<input type="checkbox"/> Vivo en Refugio <input type="checkbox"/> Vivo con otras personas <input type="checkbox"/> Tengo un hogar <input type="checkbox"/> Vivienda de apoyo permanente	<input type="checkbox"/> Hotel <input type="checkbox"/> Calle, campamento, puente <input type="checkbox"/> Vivienda de transición <input type="checkbox"/> Veterano en riesgo de quedarse sin hogar
SITUACIÓN LABORAL COMO MIGRANTE/ DE TEMPORADA	En algún momento de los últimos dos años, ¿fue el trabajo agrícola de temporada o como migrante su fuente de ingresos principal o la de su familia?	<input type="checkbox"/> No hice trabajo agrícola <input type="checkbox"/> Sí, hice trabajo agrícola como migrante <input type="checkbox"/> Sí, hice trabajo agrícola de temporada	
¿CÓMO SE ENTERÓ DE NEIGHBORCARE HEALTH? (Marque todo lo que corresponda)	<input type="checkbox"/> Amistades o familiares <input type="checkbox"/> Médico que no es de Neighborcare <input type="checkbox"/> Otro grupo o programa comunitario <input type="checkbox"/> Anuncios (cartelera, autobús, periódico)	<input type="checkbox"/> Aseguradora <input type="checkbox"/> Ubicación conveniente/cerca de casa <input type="checkbox"/> Redes sociales (Facebook, Twitter, Instagram) <input type="checkbox"/> Escuela	<input type="checkbox"/> Búsqueda en línea (Google) <input type="checkbox"/> Otro