

FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

PATIENT REGISTRATION FORM



¡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	__ / __ / __
APELLIDO(S)		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO 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 <input type="checkbox"/> X	
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 __ - __ - __ - __ - __ - __					
IDENTIDAD DE GÉNERO		<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero de hombre a mujer <input type="checkbox"/> Queer <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero de mujer a hombre <input type="checkbox"/> Dos espíritus <input type="checkbox"/> Cuestionándose <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Prefiero no decir <input type="checkbox"/> Other: _____			
SEXO ASIGNADO AL NACER		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Intersex <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 él <input type="checkbox"/> Nombre del paciente <input type="checkbox"/> Otro _____			
¿CUÁL ES SU ETNIA?		<input type="checkbox"/> Cubana <input type="checkbox"/> Mexicana, mexicanoamericana, Chicana <input type="checkbox"/> No hispana o latina <input type="checkbox"/> Puertorriqueña <input type="checkbox"/> De otro origen hispano, latino o español <input type="checkbox"/> Prefiero no decir			
¿CUÁL ES SU RAZA O ANTECEDENTE FAMILIAR? Marque todo lo que corresponda.		<input type="checkbox"/> Nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Pueblos indígenas de los Estados Unidos <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Otro asiático <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Prefiero no decir <input type="checkbox"/> Otros isleños del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco			
¿VIVE CON ALGUNA DISCAPACIDAD? De ser así, marque todo lo que corresponda:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Discapacidad comunicativa <input type="checkbox"/> Discapacidad del aprendizaje <input type="checkbox"/> Discapacidad motriz <input type="checkbox"/> Discapacidad en relaciones sociales <input type="checkbox"/> Discapacidad de salud mental <input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva <input type="checkbox"/> Discapacidad visual <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual <input type="checkbox"/> Discapacidad de la memoria			
¿HA FORMADO PARTE DEL SERVICIO MILITAR, DE LAS FUERZAS ARMADAS O UNIFORMADAS DE LOS ESTADOS UNIDOS?					<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.	APELLIDO		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.

FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

PATIENT REGISTRATION FORM



Continuación de la otra página

CONTACTO DE EMERGENCIA	¿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
¿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?	\$	O 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:		
SITUACIÓN DE LA VIVIENDA	<input type="checkbox"/> Tengo un lugar para vivir <input type="checkbox"/> No carezco de vivienda ahorita, pero no la tuve en los últimos 12 meses. <input type="checkbox"/> Vivienda de apoyo permanente	<input type="checkbox"/> Vivo con otras personas <input type="checkbox"/> Vivo en un albergue <input type="checkbox"/> Vivienda de transición	<input type="checkbox"/> Hotel <input type="checkbox"/> Calle, campamento, puente, automóvil <input type="checkbox"/> No tengo vivienda, en un albergue desconocido
SITUACIÓN LABORAL COMO MIGRANTE/ DE TEMPORADA	En algún momento de los últimos dos años, ¿su fuente de ingresos principal o la de su familia fue el trabajo agrícola de temporada o como migrante?		<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