



# FORMA DE REGISTRO

Choose an item.

<b>Fecha de Hoy:</b>		<b>Doctor de Cabecera:</b>			
<b>INFORMACION DEL PACIENTE</b>					
<b>Apellido legal de Paciente:</b>		<b>Primer nombre:</b>		<b>Segundo nombre:</b>	
<b>Nombres anteriores/Previous/Alias:</b>		<b>Fecha de Nacimiento</b> / /	<b>Edad:</b>	<b># de Seguro Social:</b>	
<b>Sexo al Nacimiento :</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Elegir no divulgarlo <input type="checkbox"/> Intersexualidad <input type="checkbox"/> No registrado en el certificado de nacimiento					
<b>Teléfono de su hogar:</b>		<b>Teléfono Celular:</b>		<b>Teléfono del Trabajo:</b>	
<b>Dirección de Correspondencia:</b>			<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	<b>Código de Area:</b>
<b>Correo Electrónico (Email en inglés):</b>					
<b>Raza:</b> <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Pacific Islander <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Elegir no divulgarlo					<b>Origen étnico:</b> <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Elegir no divulgarlo
<b>Orientación Sexual:</b> <input type="checkbox"/> Asexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Lesbiana o Homosexual <input type="checkbox"/> Omnisexual <input type="checkbox"/> Pansexual <input type="checkbox"/> Heterosexual (no lesbiana o homosexual) <input type="checkbox"/> Queer <input type="checkbox"/> Algo más _____ <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Elegir no divulgarlo		<b>Gender Identity:</b> <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Mujer transgenero / Masculino-a-Femenino <input type="checkbox"/> Hombre transgenero / Femenino-a-Masculino <input type="checkbox"/> No binario/ Genderqueer <input type="checkbox"/> Género cuestionado <input type="checkbox"/> Dos espíritus <input type="checkbox"/> Elegir no divulgarlo <input type="checkbox"/> Otro: _____		<b>Preferred Pronoun:</b> <input type="checkbox"/> Ella/Usted <input type="checkbox"/> Él/Usted <input type="checkbox"/> Ellos/Ellas/Ustedes <input type="checkbox"/> Nombre del paciente <input type="checkbox"/> Elle <input type="checkbox"/> Elegir no divulgarlo <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otro: _____	
<b>ESTATUS DE EMPLEO</b>					
<b>Estatus de Empleo:</b> <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Desempleado		<input type="checkbox"/> Servicio Militar Activo <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Estacional <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Estudiante Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Estudiante Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Desempleado por discapacidad <input type="checkbox"/> Desconocido		<b>Estado veterano / militar:</b> <input type="checkbox"/> Servicio Militar Activo <input type="checkbox"/> Retiro del Servicio Activo <input type="checkbox"/> Sin experiencia previa <input type="checkbox"/> Reservista voluntario <input type="checkbox"/> Sin recoger <input type="checkbox"/> Veterano	

<b>Número de Miembros en la Familia:</b>		<b>Ingreso Mensual (Antes de Impuestos) \$</b>	
<b>LENGUAJE</b>			
<b>Que lengua habla usted en su hogar:</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otros: _____		<b>Necesidad de un intérprete</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <b>Preferencia:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No tiene preferencia	
<b>PERSONA RESPONSABLE DE LA FACTURA</b>			
Si el paciente es menor de edad (menos de 18 años), el padre o guardián acompañamiento el paciente será considerado el garante			
<b>Padres/Guardián Legal Responsable del pago:</b>		<b>Fecha de Nacimiento:</b> / /	<b># de Seguro Social de los Padres/Guardián Legal:</b>
<b>Dirección do Correspondencia:</b> <b>Igual que arriba</b>	<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	<b>Código do Area:</b>
<b>Teléfono:</b>		<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo	

<b>INFORMACION ADICIONAL</b>			
<b>Estatus de no tener hogar:</b> <input type="checkbox"/> Con Hogar <input type="checkbox"/> En Riesgo de estar sin hogar <input type="checkbox"/> Hogar Transicional <input type="checkbox"/> Vivienda de apoyo permanente <input type="checkbox"/> Niño en riesgo de quedarse sin hogar	<input type="checkbox"/> Sin Hogar, Refugio <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Viviendo en un Refugio <input type="checkbox"/> Veterano en riesgo de estar sin hogar <input type="checkbox"/> Hotel de ocupación individual <input type="checkbox"/> Calle, Campamento, Puente	<input type="checkbox"/> Actualmente con Hogar, pero sin hogar en los últimos 12 meses	
<b>Reconocimiento del Trabajo Agrícola: Esta usted o alguien de su grupo familiar involucrado en algún tipo de trabajo agrícola que puede incluir: Preparación de suelos, siembra, recolección, limpieza, clasificación, embalaje, cultivo de árboles de Navidad?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Migrante – Usted o un miembro de su familia ha establecido un hogar temporal para poder hacer trabajo agrícola <input type="checkbox"/> Estacional – Usted o un miembro de su familia hace trabajo agrícola que solo ocurre en ciertos tiempos del año			
La información anterior es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Yo autorizo que mis beneficios de seguro sean pagados directamente al médico. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo. También autorizo a Neighborhood Health Center o a la compañía de seguros a que divulguen cualquier información requerida para procesar mis reclamaciones.			
_____ <b>Firma de Paciente/Guardian</b>		_____ <b>Fecha</b>	
<b>Sólo para uso de oficina</b>			
Initials for Special Confidentiality: _____ Screen By: _____ Total Income: \$ _____ TITLE X: Clients pay _____ % per sliding fee scale for non-FPEP covered service. Address Verification: <input type="checkbox"/> Yes Date/Initials _____ <input type="checkbox"/> Patient declined confidentiality			