



FORMA DE REGISTRO

Fecha de Hoy:		Doctor de Cabecera:			
INFORMACION DEL PACIENTE					
Apellido legal de Paciente:		Primer nombre:		Segundo nombre:	
Nombres anteriores/Previous/Alias:		Fecha de Nacimiento: / /	Edad:	# de Seguro Social:	Sexo al nacer: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otros
Teléfono de su hogar:		Teléfono Celular:		Teléfono del Trabajo:	
Dirección de Correspondencia:			Ciudad:	Estado:	Código de Area:
Correo Electrónico (Email en inglés):			Comunicación Preferido: <input type="checkbox"/> No contacte <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo Electrónico de MyChart <input type="checkbox"/> No tiene preferencia		
Raza: <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				Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/> Desconocido	
Orientación Sexual: <input type="checkbox"/> Lesbiana o Homosexual <input type="checkbox"/> Heterosexual (no lesbiana o homosexual) <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Algo más _____ <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Elegir no divulgarlo		Identidad de Género: <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"/> Otros _____ <input type="checkbox"/> Elegir no divulgarlo		Pronombre al Preferido: <input type="checkbox"/> Ella <input type="checkbox"/> Él <input type="checkbox"/> Ellos/Ellas <input type="checkbox"/> Paciente Nombre <input type="checkbox"/> Elegir no divulgarlo <input type="checkbox"/> Desconocido	
EN CASO DE EMERGENCIA					
Nombre:		Relación con el paciente:		Numero Telefónico: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo	Puede dejar mensajes: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
ESTATUS DE EMPLEO					
Estatus de Empleo:	<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 Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Estudiante Medio Tiempo		Es usted Veterano? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Número de Miembros en la Familia:			Ingreso Mensual (Antes de Impuestos) \$		
LENGUAJE					
Que lengua habla usted en su hogar: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otros: _____			Necesidad de un intérprete: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Preferencia: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No tiene preferencia		
PERSONA RESPONSABLE DE LA FACTURA					
Si el paciente es menor de edad (menos de 18 años), el padre o guardián acompañamiento el paciente será considerado el garante.					
Padres/Guardián Legal Responsable del pago:		Fecha de Nacimiento: / /	# de Seguro Social de los Padres/Guardián Legal:		
Dirección do Correspondencia: <input type="checkbox"/> Igual que arriba			Ciudad:	Estado:	Código do Area:
Teléfono:		<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo			

(Voltee la página para alcanzar a terminar y firme el forma de registro)

INFORMACION ADICIONAL

Estatus de no tener Hogar:

<input type="checkbox"/> Con Hogar	<input type="checkbox"/> Viviendo con Otros	<input type="checkbox"/> Calle, Campamento, Puente
<input type="checkbox"/> En Riesgo de estar sin Hogar	<input type="checkbox"/> Sin Hogar, Refugio Desconocido	<input type="checkbox"/> Actualmente con Hogar, pero si hogar en los últimos 12 Meses
<input type="checkbox"/> Hogar Transicional	<input type="checkbox"/> Viviendo en un Refugio	

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?

Sí No

Migrante – Usted o un miembro de su familia ha establecido un hogar temporal para poder hacer trabajo agrícola

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.

Firma de Paciente/Guardian

Fecha

FOR OFFICE USE ONLY

Initials for Special Confidentiality: _____ Screen By: _____ Total Income: \$ _____

TITLE X: Clients pay _____ % per sliding fee scale for non-FPEP covered service.

Address Verification: Yes Date/Initials _____

Patient declined confidentiality