

Registro del Paciente



Información Del Paciente			
Apellido:		Nombre:	
		Segundo Inicial:	
		Nombre preferido (si es aplicable):	
Fecha de nacimiento:	Identidad Sexo / Género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Género queer/No conforme <input type="checkbox"/> Escoger No Revelar <input type="checkbox"/> Otro		Orientación Sexual: <input type="checkbox"/> Lesbiana <input type="checkbox"/> Gay <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> No Lo Se <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Escoger No Revelar <input type="checkbox"/> Otro
Domicilio:		Apartamento #	
Ciudad/Estado/ Código postal:			
Teléfono de casa:		Teléfono Celular:	
		Teléfono del Trabajo:	
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a		Estado De Empleo: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Sin Empleo <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Estudiante	
Nombre del Contacto de Emergencia:		Nombre del empleador:	
Teléfono de Contacto de Emergencia:		Relación con el Paciente:	
Proveedor primario:		Método de Contacto Preferido: <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Portal	
		¿Como Supo de Nosotros?	
Información adicional para el paciente			
Dirección de correo electrónico:		¿Te gustaría registrarte en nuestro portal de pacientes? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Raza (por favor de seleccionar): <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio Americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Moreno o Afroamericano <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano <input type="checkbox"/> Niego a responder <input type="checkbox"/> Otro		Etnicidad (por favor de seleccionar): <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Niego a responder	
Ingreso anual del hogar (por favor de seleccionar): <input type="checkbox"/> \$0 - \$9,999 <input type="checkbox"/> \$30,000 - \$39,999 <input type="checkbox"/> \$10,000 - \$19,999 <input type="checkbox"/> \$40,000 & mas <input type="checkbox"/> \$20,000 - \$29,999		Número de Personas en el Hogar: Estado de la vivienda: <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Sin Hogar <input type="checkbox"/> Rento <input type="checkbox"/> Refugio	
Veterano: <input type="checkbox"/> Sin <input type="checkbox"/> No		Trabajador Agrícola: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Idioma preferido / primario: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Negar a Informar <input type="checkbox"/> Otro _____		El Mas Alto Nivel de Educación: <input type="checkbox"/> Menos del 8 grado <input type="checkbox"/> Escuela Secundaria <input type="checkbox"/> Alguna educación de Universidad <input type="checkbox"/> Graduado de la Universidad	
Persona Responsable: si el paciente es un menor de edad (menor de 18 años), el padre/ guardián se in lista como garante			
Apellido:		Nombre:	
# de Teléfono:		Fecha de Nacimiento:	
		# de seguro social:	
Domicilio de Persona Responsable:			
Ciudad/Estado/ Código postal:		Relación con el Paciente:	

Registro del Paciente



Información de Seguranza	Seguro Médico Primario		Seguro Médico Secundario	
	Nombre de la compañía de seguridad:		Nombre de la compañía de seguridad:	
	Nombre de la persona en la póliza:	Fecha de nacimiento de la persona en la póliza:	Nombre de la persona en la póliza:	Fecha de nacimiento de la persona en la póliza:
	# de Póliza:		# de Póliza:	
	# de Grupo:		# de Grupo:	
	Relación con el Paciente:		Relación con el Paciente:	

Entiendo y acepto que, (independientemente del estado de mi seguro), soy el responsable final del saldo de mi cuenta por cualquier servicio profesional prestado. Los descuentos de escala están disponibles según el tamaño de la familia y los ingresos. Los descuentos se aplican solo a servicios actuales, no futuros. Además, compruebo que, a partir de la fecha de la firma, que mis ingresos que figura en la lista constituye todo el ingreso de mi hogar y que los miembros de la familia que figuran en la lista dependen únicamente de esos ingresos, o que la explicación proporcionada para verificar mi nivel de ingresos es verdadera. He leído toda la información, he completado las respuestas anteriores y certifico que esta información es verdadera y correcta lo mejor de mi conocimiento, le notificaré cualquier cambio en la información anterior, incluyendo toda la información del seguro.

La fecha de hoy	Firma del Paciente o de la Persona Responsable
-----------------	--