

FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES

INFORMACION PERSONAL

Nombre del paciente (Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre):		Nombre preferido:	Fecha de nacimiento: ____/____/____ MM / DD / AAAA	
¿Qué sexo le asignaron en su partida de nacimiento original? (Marque uno): <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer			NSS: ____/____/____	
Idioma preferido:		¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Dirección:	Dpto #	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Telf. preferencia (Marque uno): <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Móvil ()	Telf. alternativo: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Móvil ()		Correo electrónico:	
Estado civil (Marque uno): <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Pareja estable/Unión libre <input type="checkbox"/> Viudo/a				

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

**Como clínica de salud comunitaria financiada con fondos federales, estamos obligados a recopilar ciertos datos demográficos, toda la información es confidencial.*

Raza (Seleccione todos los que apliquen): <input type="checkbox"/> Africano / Afroamericano <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Blanco	
<input type="checkbox"/> Indio Asiático <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro Asiático <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo <input type="checkbox"/> Otros	
Procedentes de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Guameños o Chamorro <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Desconocida <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	
¿Es de origen hispano? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	Si es hispano, marque el origen étnico: <input type="checkbox"/> Mexicano, México-Americano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Otro Origen Hispano, Latino u Origen Español <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Prefiero no responder
Marque si es aplicable: <input type="checkbox"/> Padece de la falta de vivienda	¿Cuál es su país de origen?
¿Es usted un veterano de guerra de (EU)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Número de miembros familiares: _____
¿Es usted trabajador por temporadas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Ingresos anuales estimados del hogar: \$ _____
¿Es usted trabajador migrante? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<i>* Podría Calificar a un Programa de Descuentos</i>

¿Cómo se identifica? (Marque uno): <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Gay, Lesbiana u Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual o Pansexual <input type="checkbox"/> Asexual o Algo Distinto <input type="checkbox"/> Duda o Desconoce <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	Para atenderle mejor, ¿cuál es su identidad de género actual? (Marque uno): <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre Transgénero/Hombre Trans/Mujer a Hombre (MAH) <input type="checkbox"/> Mujer transgénero/Mujer trans/ Hombre a Mujer (HAM) <input type="checkbox"/> Categoría de Género Adicional/Otra <input type="checkbox"/> Por favor, especifique: _____ <input type="checkbox"/> Prefiero no responder
¿Cuáles son sus pronombres? <input type="checkbox"/> Él/Lo <input type="checkbox"/> Ella/La <input type="checkbox"/> Ellos (as)/Los (as) <input type="checkbox"/> Otro: _____	

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre de la persona de contacto:	Número de teléfono del contacto:	Parentesco:
-----------------------------------	----------------------------------	-------------

INFORMACIÓN DE LOS PADRES / TUTORES (si el paciente es menor de edad o si no es su propio tutor legal)

<u>Padre/Madre/Tutor 1:</u> Parentesco con el paciente: _____ Nombre: _____ Teléfono: () _____ <input type="checkbox"/> Tutor legal Fecha de nacimiento ____/____/____	<u>Padre/Madre/Tutor 2:</u> Parentesco con el paciente: _____ Nombre: _____ Teléfono: () _____ <input type="checkbox"/> Tutor legal Fecha de nacimiento ____/____/____
---	---

Persona completando este formulario

Nombre impreso _____ Firma _____ Fecha _____