



Formulario de registro para pacientes nuevos

Nombre (primer nombre, apellido, inicial del segundo nombre): _____

Apellido de soltero/otro apellido: _____

Dirección física: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección postal (si es distinta): _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono del trabajo: _____ Ext.: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Fecha de nac.: _____ N.º del Seguro Social: _____

Sexo: Masculino Femenino

Sexo asignado al nacer: Masculino Femenino

Orientación sexual: Heterosexual Lesbiana, gay u homosexual
 Bisexual Otro
 No sabe

Identidad de género: Masculino Femenino Masculino transgénero
 Femenino transgénero Otro

Pronombre de preferencia: Él Ella Ellos Nosotros Otro

Raza: Blanco Negro/afroamericano
(Marque todas las Asiático Indígena estadounidense/nativo de Alaska
opciones que correspondan) Nativo de Hawái Nativo de otras islas del Pacífico

Origen étnico: Hispano/latino No hispano/latino

Idioma principal: _____ ¿Necesita servicios de interpretación? Sí No

Farmacia principal: _____ Farmacia secundaria: _____

Información del seguro: *Complete la siguiente información del seguro y presente copias de las tarjetas del seguro*

Servicio médico principal El mismo que el del paciente

Compañía aseguradora: _____

N.º de identificación: _____ N.º de grupo: _____

Nombre del titular de la póliza: _____

Fecha de nac.: _____ N.º del Seguro Social: _____

Servicio odontológico principal El mismo que el del paciente

Compañía aseguradora: _____

N.º de identificación: _____ N.º de grupo: _____

Nombre del titular de la póliza: _____

Fecha de nac.: _____ N.º del Seguro Social: _____

Servicio médico secundario El mismo que el del paciente

Compañía aseguradora: _____

N.º de identificación: _____ N.º de grupo: _____

Nombre del titular de la póliza: _____

Fecha de nac.: _____ N.º del Seguro Social: _____

Odontológico secundario El mismo que el del paciente

Compañía aseguradora: _____

N.º de identificación: _____ N.º de grupo: _____

Nombre del titular de la póliza: _____

Fecha de nac.: _____ N.º del Seguro Social: _____



Tengo más de dos compañías de seguros médicos

Como centro médico que recibe financiamiento del Gobierno federal, se nos exige que recopilemos esta información. Todas las respuestas son confidenciales.

Estado civil: Anulado Divorciado Pareja de hecho Separado legalmente Casado
 Nunca estuvo casado Viudo Ninguno

Situación laboral: Trabajo de tiempo completo Trabajo de medio tiempo
 Jubilado - fecha de jubilación: _____
 Trabajador autónomo Miembro activo del Ejército
 Estudiante Desempleado

Características demográficas:

- Soy un trabajador migrante de la industria láctea
- Soy un trabajador migrante de temporada (no de la industria láctea)
- En la actualidad, alquilo o tengo una casa (o vivo con mi padre, madre o tutor)
- En la actualidad, vivo en un refugio
- En la actualidad, estoy en una vivienda transitoria
- Vivo en casas de familiares o amigos
- En la actualidad, vivo en la calle
- Vivo en un hotel o una casa rodante
- Soy veterano del Ejército de los EE. UU.

Información de la persona financieramente responsable, si no es el paciente (p. ej., el padre de un menor):

Nombre: _____ Dirección: _____
Teléfono: _____ Residencial/laboral: _____ Fecha de nac.: _____

Nombre de la persona que completa el formulario (si no es el paciente): _____

Marque aquí si la persona que completa este formulario tiene la autoridad legal para dar permiso para que la persona registrada reciba el tratamiento (si no es el padre o la madre de un menor, hay que presentar documentación complementaria)

Información sobre ingresos: *Encierre en un círculo la cantidad de integrantes de la familia y el intervalo de ingresos correspondiente al grupo familiar. Todas las respuestas son confidenciales.*

Cant. de integrantes	Intervalo de ingresos del grupo familiar según la cantidad de integrantes			
	0-100 %	101-150 %	151-200 %	Más del 200 %
1	\$0 a \$12,490	\$12,491 a \$18,735	\$18,736 a \$24,980	\$24,981 o más
2	\$0 a \$16,460	\$16,461 a \$24,690	\$24,691 a \$32,920	\$32,921 o más
3	\$0 a \$21,330	\$21,331 a \$31,995	\$31,996 a \$42,660	\$42,661 o más
4	\$0 a \$25,750	\$25,751 a \$38,625	\$38,626 a \$51,500	\$51,501 o más
5	\$0 a \$30,170	\$30,171 a \$45,255	\$45,256 a \$60,340	\$60,341 o más
6	\$0 a \$34,590	\$34,591 a \$51,885	\$51,886 a \$69,180	\$69,181 o más
7	\$0 a \$39,010	\$39,011 a \$85,515	\$85,516 a \$78,020	\$78,021 o más
8	\$0 a \$43,430	\$43,431 a \$65,145	\$65,146 a \$86,860	\$86,861 o más