



Formulario de registro de pacientes

Nombre: _____ Apellido de soltera/Otro nombre: _____
Dirección física: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Dirección postal (si es diferente): _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono de casa: _____ Celular: _____ Compañía telefónica: _____ Trabajo: _____
Correo electrónico: _____ Fecha de nacimiento: _____
Número de Seguro Social: _____

Sexo legal	Género actual	Orientación sexual	Identidad de género		
☐ Masculino ☐ Femenina	☐ Masculino ☐ Femenina	☐ Heterosexual ☐ Bisexual ☐ Lesbiana, gay u homosexual ☐ No lo sé ☐ Otra cosa	☐ Masculino ☐ Femenina ☐ Hombre transgénero (de mujer a hombre) ☐ Mujer transgénero (de hombre a mujer) ☐ Otra		
Pronombre preferido					
☐ él ☐ Ellos	☐ Ella ☐ Otra				
RAZA (Seleccione todas las que correspondan)					
ASIÁTICO	ISLA HAWAIANA O PACÍFICA NATIVA	NEGRO O AFROAMERICANO	INDIA AMERICANA O ALASKA NATIVA	BLANCO	ELIJA NO REVELAR
☐ China/o ☐ vietnamita/o ☐ india asiática ☐ Coreana ☐ Filipina/o ☐ Japonés ☐ Otro asiático	☐ Nativo hawaiano ☐ Otra isleña del pacífico ☐ Guameño o Chamorro ☐ Samoana/o	☐ Negro o afroamericano	☐ India americana o nativa de Alaska	☐ Blanca/o	☐ Elija no revelar
ETNICIDAD					
ORIGEN HISPANA, LATINA / A O ESPAÑOL		NO ES DE ORIGEN HISPANO, LATINO O ESPAÑOL		ELIJA NO REVELAR	
☐ Mexicano ☐ Americano ☐ Chicano ☐ Puertorriqueño ☐ Cubano ☐ Origen hispano, latino/a o español ☐ Otro origen hispano, latino/a o español		☐ No es de origen hispano, latino/a ni español		☐ Elija no revelar	

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

Farmacia primaria: _____ Farmacia secundaria: _____

Información del seguro: Complete la siguiente información del seguro y proporcione una copia de la(s) tarjeta(s) de seguro

Médico primario ☐ Igual que el paciente

Empresa de seg. _____

ID #: _____ Grp #: _____

Nombre del tomador del seg. _____

Fec. nac: _____ SSN: _____

Odontología primaria ☐ Igual que el paciente

Empresa de seg. _____

ID #: _____ Grp #: _____

Nombre del tomador del seg. _____

Fec. nac: _____ SSN: _____



Formulario de registro de pacientes

Persona responsable financieramente, si no es el paciente – por ejemplo, padre/madre de un menor:

Nombre: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Casa/Trabajo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Contacto de emergencia: _____

Estado civil	¿Es usted un veterano de EE.UU.?	¿Eres trabajador agrícola?
☐ Anulado ☐ Pareja de hecho ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Legalmente separado ☐ Nunca casado	☐ Sí ☐ No	☐ No ☐ Inmigrante ☐ Estacional
Estado laboral	Estado de vivienda	
☐ Tiempo completo ☐ Tiempo parcial ☐ Trabajadores por cuenta propia ☐ No empleado	¿Está sin hogar? ☐ Sí ☐ No Si no tiene hogar, ¿es usted: ☐ Vivir con otros ☐ Permanecer en un refugio ☐ en la calle ☐ Vivir en una vivienda de transición	
Estado de estudiante		
¿Es usted estudiante? ☐ Sí ☐ No		

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

☐ Marque aquí si la persona que completa este formulario tiene autoridad legal para consentir el tratamiento del solicitante (se requiere documentación de respaldo si no es el padre o la madre del menor).

Información sobre ingresos: Marque la casilla correspondiente junto al tamaño de la familia y el rango de ingresos del hogar correspondiente en la tabla a continuación. Como centro de salud que recibe fondos federales, estamos obligados a recopilar esta información. Todas las respuestas son confidenciales.

	0-100% Umbral Federal de Pobreza				101-150% Umbral Federal de Pobreza				151 - 200% Umbral Federal de Pobreza				Más del 200% del Umbral Federal de Pobreza	
Tamaño de la familia	Rango de ingresos del hogar según el tamaño de la familia													
1	\$0	to	\$15,650		\$15,651	to	\$23,475		\$23,476	to	\$31,300		\$31,301	& over
2	\$0	to	\$21,150		\$21,151	to	\$31,725		\$31,726	to	\$42,300		\$42,301	& over
3	\$0	to	\$26,650		\$26,651	to	\$39,975		\$39,976	to	\$53,300		\$53,301	& over
4	\$0	to	\$31,320		\$31,321	to	\$48,225		\$48,226	to	\$64,300		\$64,301	& over
5	\$0	to	\$36,700		\$36,701	to	\$56,475		\$56,476	to	\$75,300		\$75,301	& over
6	\$0	to	\$42,080		\$42,081	to	\$64,725		\$64,726	to	\$86,300		\$86,301	& over

*Agregue \$5,500 por cada adicional de 6



Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de hoy: _____
Estatura: _____ Peso: _____ Proveedor de atención primaria anterior: _____
Otro proveedor del equipo de atención (por ejemplo, especialistas, proveedores fuera del estado, etc.): _____

Voluntades anticipadas:

	Sí	No	No lo sé
¿Cuenta usted con una declaración de voluntades anticipadas? (Si la respuesta es sí, entregue una copia)	☐	☐	☐
¿Le gustaría que el centro de salud lo ayude a redactar su declaración de voluntades anticipadas?	☐	☐	☐

Responda las siguientes preguntas lo mejor que pueda. Sus respuestas son confidenciales.

¿Ha habido algún cambio importante en su salud en el último año? ☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé
Si la respuesta es sí, explique: _____

¿Tiene alguna articulación artificial, válvula cardíaca artificial, implante o prótesis? ☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

¿Se le ha realizado una cirugía o ha recibido radioterapia o quimioterapia para un tumor, una neoplasia u otra afección? ☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

Si la respuesta es sí, explique: _____

Solo para mujeres:

¿Actualmente está embarazada? ☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

Si la respuesta es sí, escriba la fecha del parto: _____

¿Actualmente está amamantando? ☐ Sí ☐ No

Antecedentes de salud: ¿Actualmente presenta alguna de las siguientes afecciones o ha tenido alguna?
(Marque todas las opciones que correspondan)

- | | |
|---|--|
| ☐ Adicción | ☐ Nivel alto de colesterol |
| ☐ Ansiedad/trastorno de angustia/PTSD | ☐ Convulsiones |
| ☐ Artritis | ☐ Problemas en las articulaciones |
| ☐ Asma o falta de aliento | ☐ Hernia |
| ☐ Problemas de espalda o en el cuello | ☐ Problemas ginecológicos |
| ☐ Enfermedades de la sangre o anemia | ☐ Pérdida de la audición/zumbido en los oídos |
| ☐ Enfermedad intestinal o úlceras | ☐ Enfermedad cardíaca o dolor en el pecho |
| ☐ Mareos | ☐ Presión arterial alta |
| ☐ Desmayos | ☐ Problema de la próstata |
| ☐ Dolores de cabeza | ☐ Enfermedad hepática o hepatitis |
| ☐ Pérdida del conocimiento | ☐ Problemas neurológicos |
| ☐ Pérdida de la memoria | ☐ Enfermedad de la piel |
| ☐ Bronquitis o tos crónica | ☐ Tuberculosis |
| ☐ Cáncer o tumor Ubicación: _____ | ☐ Problemas para dormir |
| ☐ Depresión | ☐ Problemas de tiroides |
| ☐ Diabetes | ☐ Otra _____ |
| ☐ Enfisema | ☐ _____ |
| ☐ Fracturas, deformidades en los huesos/las articulaciones | ☐ _____ |
| ☐ Gota | ☐ _____ |
| ☐ Problemas o lesiones en los ojos, ceguera | ☐ _____ |



Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de hoy: _____

Evaluación del estado de salud: *Escriba la fecha de la última evaluación/realización de lo siguiente:*

- ☐ Colonoscopia Fecha: _____ ☐ PSA
☐ Mamografía Fecha: _____ ☐ Prueba de Papanicolaou

Fecha del último periodo menstrual: _____

Antecedentes quirúrgicos:

Fecha: _____ Cirugía: _____
Fecha: _____ Cirugía: _____
Fecha: _____ Cirugía: _____
Fecha: _____ Cirugía: _____
Fecha: _____ Cirugía: _____

Antecedentes familiares: *¿Alguno de sus familiares inmediatos ha tenido las siguientes afecciones?*

	Padre	Madre	Hermano o hermana	Hijo o hija	☐ Soy adoptado y no conozco mis antecedentes familiares
Cáncer o tumor	☐	☐	☐	☐	
Diabetes	☐	☐	☐	☐	
Presión arterial alta	☐	☐	☐	☐	
Enfermedad cardíaca/ataque cardíaco	☐	☐	☐	☐	
Salud mental	☐	☐	☐	☐	
Drogadicción	☐	☐	☐	☐	
Otra: _____	☐	☐	☐	☐	

- ☐ El padre ha fallecido Fecha de la muerte: _____ Causa de la muerte: _____
☐ La madre ha fallecido Fecha de la muerte: _____ Causa de la muerte: _____

Antecedentes sociales *(marque todas las opciones que correspondan)*

- ☐ Consumo de alcohol Cantidad: _____
☐ Consumo de drogas
☐ Consumo de tabaco
☐ Antes fumaba Fecha estimada en la que dejó de fumar: _____
☐ Masticar tabaco
☐ Abuso/negligencia
☐ Empleado Ocupación: _____
☐ Lesión ocupacional Detalles: _____
☐ Jubilado
☐ Vive con su cónyuge
☐ Vive solo



Alergias:

Alergias/reacción a los medicamentos	Alergias/reacción a los alimentos, al medio ambiente, a los animales

Medicamentos actuales:

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Motivo de uso del medicamento

Inmunizaciones:

	Sí	No	No lo sé
Fecha de la última inyección contra el tétanos: _____ Si no lo sabe, ¿fue en los últimos 10 años?	☐	☐	☐
¿Alguna vez ha recibido la vacuna contra la neumonía Pneumovax?	☐	☐	☐
Si la respuesta es sí, escriba la fecha en la que recibió la vacuna: _____			

Entiendo que, a mi leal saber y entender, todas las respuestas de arriba son verdaderas y correctas. Le informaré de inmediato a mi proveedor de atención médica si en algún momento hay un cambio en mi salud o en los medicamentos que uso. Por medio del presente, doy mi consentimiento a Northern Tier Center for Health para que se me brinde tratamiento a mí o al paciente nombrado (de quien soy el padre, la madre, el tutor legal, el padre adoptivo o la madre adoptiva).

Reservamos tiempo solo para usted. Si viene con retraso o tiene que cambiar una cita, llámenos lo más pronto posible. Si llega tarde, es posible que su proveedor deba reprogramar la visita para disponer de tiempo suficiente para atenderlo. Si falta a una cita, quizá tenga que esperar a que haya un espacio libre. Si nos llama cuando no pueda acudir a su cita programada, podremos atender a otros pacientes que esperan una cita.

_____ Firma del paciente o del tutor	_____ Fecha
---	----------------