



Patient Registration

Seguro Social: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Sexo:** _____
Nombre: _____ **Iniciales:** _____ **Apellido:** _____
Dirección: _____ **Apto/Suite #** _____
Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____
Email: _____
Casa: _____ **Celular:** _____ **Trabajo#:** _____
Numero Preferido: Casa Trabajo Celular **Por Favor Comunicar por:** Teléfono E-mail Texto

Raza:

Asiático Indio Americano Blanco Otro
 Negro/Afro Americano Más de una Raza

Etnicidad:

Latino/Hispano No Latino/Hispano Otro Negar

Idioma Preferido:

Ingles Español Creole Lenguaje de Señas Otro

Estado Civil:

Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Separado/a

Estado de Empleo:

Desempleado/a Empleado/a Independiente Discapacitado/a Retirado/a
 Estudiante Medio Tiempo Estudiante Tiempo Completo

Como Centro de Salud Cualificado Federalmente, debemos hacer las siguientes preguntas:
 (Las siguientes preguntas no son requeridas para pacientes menores de 18 años)

Identidad de Genero: Hombre Mujer Elijo no Divulgar Otro

Hombre Transgenero/Mujer a Hombre Transgenero Mujer/ Hombre a Mujer

Orientación Sexual: Heterosexual Gay Lesbiana Bisexual Otro

Negar

Aproximado Ingreso Mensual (Antes de Impuestos): _____ **Número de Personas en el Hogar:** _____

¿Es un Veterano Militar? Sí No ¿Está sin Hogar? Sí No

¿Vive en Vivienda Publica Sección 8? Si No

Referido a nosotros por: TV Redes Sociales Radio Relativo Evento Amigo Hospital Seguro Otro: _____

Farmacia Preferida: _____ **Ciudad:** _____ **# de Teléfono:** _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ **Número de Teléfono:** _____ **Relación:** _____

INFORMACION DE SEGURO

¿Está cubierto por seguro? SI NO Por favor indique seguro primario: _____

Subscriber: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Relación:** _____

Numero de Miembro: _____ **Numero de Grupo:** _____

Información de Padres/Guardián (Completar SOLAMENTE si el paciente es menor)

Nombre de Padre: _____	Número de Teléfono: _____
Fecha de Nacimiento: _____	
Nombre de Madre: _____	Número de Teléfono: _____
Fecha de Nacimiento: _____	
Otro: _____	Número de Teléfono: _____
Fecha de Nacimiento: _____	Relación: _____

Nombre: _____ **Firma:** _____

Relación: _____ **Fecha:** _____

Por Favor devuelva este documento al personal de recepción

