



Informacion del Paciente/Completar todo el Registro



Primer Nombre del Paciente: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____
 Nombre Preferido (solo si es diferente) _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____
 Seguro Social #: _____ Sexo al Nacer: M F
 Dirección Física: _____ PO Box: _____
 Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal: _____
 Teléfono: (H) _____ (Cell) _____ (T) _____

¡Déjenos Ayudarle a crear su cuenta al Portal del Paciente! Correo Electrónico: _____
 El Portal del Paciente: Le ayuda a manejar su salud a cualquier hora, en cualquier lugar. Agendar citas, Enviar mensajes, Hacer peticiones para surtido de Medicamentos, Mirar los resultados de sus exámenes, información sobre sus facturas en línea sin tener que agendar una cita o esperar en el teléfono a que le atiendan.

TEXTOS: SI / NO CONSENTIMIENTO / LLAMADAS: SI / NO CORREO ELECTRONICO: SI / NO

Contacto -Emergencia Nombre Completo: _____ Parentesco/Relación: _____ Tel/Cell: _____

Marque TODO lo que Aplica al Paciente de cada categoría
Estas preguntas y respuestas nos ayudan con nuestro reporte de fondos de la clínica.

Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado/Separado <input type="checkbox"/> Vuelto a Casar <input type="checkbox"/> Viviendo Juntos <input type="checkbox"/> Viudo
Idioma: <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Espanol <input type="checkbox"/> Necesito interprete <input type="checkbox"/> Otro: _____
Identidad de Genero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Transgenero Masculino <input type="checkbox"/> Transgenero Femenino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiero No Responder <input type="checkbox"/> Desconocido
Orientación Sexual: <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Gay o Lesbiana <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No Se' <input type="checkbox"/> Prefiero no responder
Empleo: <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Trabajo por mi propia <input type="checkbox"/> Sin Empleo
Raza: <input type="checkbox"/> Afro Americano <input type="checkbox"/> Indio Americano Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Otra Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Japones <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Indio Asiatico <input type="checkbox"/> Koreano <input type="checkbox"/> Guamanian <input type="checkbox"/> Chamorro <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Mas de una Raza (mark all) <input type="checkbox"/> Prefiero no responder
Etnicidad: <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Hispano/Latino
Hogar: <input type="checkbox"/> Tengo hogar <input type="checkbox"/> Viviendo juntos <input type="checkbox"/> Hogar público de Vivienda <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Transicional
Estado Agrícola: <input type="checkbox"/> Trabajador de Agrícola <input type="checkbox"/> Trabajador de agrícola temporal <input type="checkbox"/> Depende de un trabajador agrícola <input type="checkbox"/> Depende de un trabajador de agrícola temporal <input type="checkbox"/> No trabajo en la agrícola
Servicio Militar: <input type="checkbox"/> He hecho servicio military <input type="checkbox"/> No hecho servicio military
Estudiante: <input type="checkbox"/> Tiempo Complete <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> No estoy en la escuela

Información Sobre Persona Responsable

Marque si es Igual que el paciente/Yo mismo

¿Qué Parentesco tiene con el Paciente? _____
 Nombre: _____ SS#: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M / F
 Dirección física: _____ Tel/Cell: _____
 Ciudad _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Nombre de su empleador: _____ Tel. de su trabajo: _____

Pacientes mayores 18 años son responsables por su propia cuenta. (Puede haber excepciones).

Por favor circule su ingreso anual antes de taxes debajo de el numero de personas en su hogar:

	1 Persona	2 Personas	3 Personas	4 Personas	5 Personas	6 Personas	7 Personas	8 Personas
Menos De	\$15,060	\$20,440	\$25,820	\$31,200	\$36,580	\$41,960	\$47,340	\$52,720
Entre	\$15,061 to \$22,590	\$20,441 to \$30,660	\$25,821 to \$38,730	\$31,201 to \$46,800	\$36,581 to \$54,870	\$41,961 to \$62,940	\$47,341 to \$71,010	\$52,721 to \$79,080
Entre	\$22,591 to \$30,120	\$30,661 to \$40,880	\$38,731 to \$51,640	\$46,801 to \$62,400	\$54,871 to \$73,160	\$62,941 to \$83,920	\$71,011 to \$94,680	\$79,081 to \$105,440
Sobre Pasa	\$30,121	\$40,881	\$51,641	\$62,401	\$73,161	\$83,921	\$94,681	\$105,441

Información Adicional: Farmacia Local: _____ Farmacia por Correo: _____

¿Tiene Aseguranza? SI / NO ¿Tiene Seguro de Medicare? SI / NO ; Aun puede calificar para descuento!

Primaria-Nombre Titular: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Dirección Completa: _____ Tel/Cell: _____
 Numero/Póliza: _____ Numero/Grupo: _____ Relación al Paciente: _____

Secundaria-Nombre Titular: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Dirección Completa: _____ Tel/Cell: _____
 Numero/Póliza: _____ Numero/Grupo: _____ Relación al Paciente: _____

Complete esta sección si el paciente es menor de 18 años: No lo deje en Blanco

Nombre de la Madre: _____ Tel/Cel: _____

Nombre De Padre: _____ Tel/Cel: _____

Tutor Legal (presentar documentación): _____ Tel/Cel: _____

¿Está el menor en cuidado temporal, custodia del estado? ¿O Algún otro Centro? SI / NO

Certificación: Yo Certifico que la Información proporcionada es verdadera y precisa. Que he respondido la información a lo mejor de mi conocimiento y capacidad. Se me ha dado la oportunidad de revisar y entender las formas, acepto por completo todos los términos y pólizas indicadas. Esto puede ser verificado.

Firma Del Paciente

Fecha

Firma de Padre/Tutor Legal

Fecha