

**SALINA FAMILY HEALTHCARE CENTER
FORMA DE REGISTRO DEL PACIENTE**

Chart #: _____

La siguiente información nos ayuda a cuidar mejor de usted. Toda la información obtenida se tramite de una manera confidencial y privado. Cualquier espacio en blanco será considerado una "negar comentarios al respecto."

Nombre legal: _____

Nombre preferido: _____

¿Qué sexo le asignaron al nacer?: Masculino Femenina Elij no divulgar Desconocido
Mientras SFHC reconoce una serie de géneros y sexos, muchas compañías de seguros y entidades jurídicas no. Por favor tenga en cuenta que el nombre y sexo legal que haya especificado en su seguro debe utilizarse en todos los documentos relativos a los seguros, la facturación y la correspondencia. Si su nombre preferido y pronombres son diferentes de estos, por favor, háganoslo saber

Fecha de nacimiento / / # de seguro social - -

Sus respuestas a las siguientes preguntas nos ayudarán a comunicarnos con usted de una manera rápida y discreta con información importante

Teléfono de casa: ()	Teléfono de celular: ()	Teléfono Trabajo ()	Mejor Número para utilizar: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo
--------------------------	-----------------------------	-------------------------	---

Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
------------	---------	---------	----------------

¿Esta es vivienda pública? Sí No

Dirección de facturación (si es distinta a la de arribar):	Ciudad:	Estado:	Código postal:
--	---------	---------	----------------

Dirección de correo electrónico:	Método de contacto preferido: <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Carta <input type="checkbox"/> Texto
----------------------------------	---

Ocupación:	Empleador/Nombre de escuela:
------------	------------------------------

Nombre de contacto en caso de emergencia :	Número de teléfono: ()	Relación:
--	----------------------------	-----------

Nombre de padre/guardián:	Número de teléfono: ()	Relación:
---------------------------	----------------------------	-----------

Cuidador primario (si es diferente del padre/guardián):	Número de teléfono: ()	Relación:
---	----------------------------	-----------

Por ley, si usted no es el padre/ guardián de un menor, debemos tener una forma de autorización de tratamiento para menores notariada registrada. (Consulte con recepción para la forma)

Información sobre seguro medico

Independientemente de los servicios que usted recibe en Salina Family Healthcare Center, por favor, complete la siguiente información relacionada con el seguro de salud: **(Por favor, dele su tarjeta de seguro a la recepcionista.)**

Nombre de la compañía de seguro:	ID#	Group#
---	------------	---------------

La siguiente información es para fines demográficos y no afectarán su acceso a la atención médica o la calidad del cuidado que usted recibe.

Raza <input type="checkbox"/> blanco <input type="checkbox"/> negro /africano-americanos <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> nativo hawaiano <input type="checkbox"/> indios americanos y nativos de Alaska <input type="checkbox"/> otros isleños del Pacífico	Entidad <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino Veterano <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> No un Veterano	Idioma preferido <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Lenguaje de Señas <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____	Identidad de género <input type="checkbox"/> Identifico como hombre <input type="checkbox"/> Identifico como Mujer <input type="checkbox"/> Hombre transgénero / Mujer a hombre <input type="checkbox"/> Mujer transgénero / Hombre a mujer <input type="checkbox"/> Género no conforme (ni exclusivamente masculino ni femenina) <input type="checkbox"/> Categoría de género adicional / otro, por favor especifique <input type="checkbox"/> Elijo no divulgar
Estado civil <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Pareja	Orientación sexual <input type="checkbox"/> Lesbiana, gay u homosexuales <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Algo más por favor describa <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Elijo no divulgar	Pronombre preferido <input type="checkbox"/> el <input type="checkbox"/> ella <input type="checkbox"/> ellos	Ver otro lado



¿Ha estado sin hogar en cualquier momento en este año civil? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Es usted un agricultor estacional o migratorio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Tiene usted una directiva anticipada? (testimonio en vivo o DNR, no resucitar por su siglas en ingles) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si si por favor dele una copia a la recepcionista	
El tamaño de la familia y el ingreso (según el número de personas que viven en su casa, marque el rango de ingresos que pertenece a usted):	
1 Person <input type="checkbox"/> \$0 - \$12,490 <input type="checkbox"/> \$12,491 - \$16,736 <input type="checkbox"/> \$16,737 - \$20,858 <input type="checkbox"/> Over \$24,980	2 People <input type="checkbox"/> \$0 - \$16,910 <input type="checkbox"/> \$16,911 - \$22,659 <input type="checkbox"/> \$22,660 - \$28,239 <input type="checkbox"/> Over \$33,820
5 People <input type="checkbox"/> \$0 - \$30,170 <input type="checkbox"/> \$30,171 - \$40,427 <input type="checkbox"/> \$40,428 - \$50,383 <input type="checkbox"/> Over \$60,340	6 People <input type="checkbox"/> \$0 - \$ 34,590 <input type="checkbox"/> \$34,591 - \$46,350 <input type="checkbox"/> \$46,351 - \$57,765 <input type="checkbox"/> Over \$69,180
3 People <input type="checkbox"/> \$0 - \$21,330 <input type="checkbox"/> \$21,331 - \$28,582 <input type="checkbox"/> \$28,583 - \$35,621 <input type="checkbox"/> Over \$42,660	4 People <input type="checkbox"/> \$0 - \$25,750 <input type="checkbox"/> \$25,751 - \$34,505 <input type="checkbox"/> \$34,506 - \$43,002 <input type="checkbox"/> Over \$51,500
7 People <input type="checkbox"/> \$0 - \$39,010 <input type="checkbox"/> \$39,011 - \$52,273 <input type="checkbox"/> \$52,274 - \$65,146 <input type="checkbox"/> Over \$78,020	8 People <input type="checkbox"/> \$0 - \$43,430 <input type="checkbox"/> \$43,431 - \$58,196 <input type="checkbox"/> \$58,197 - \$72,528 <input type="checkbox"/> Over \$86,860
Por favor aliste por nombre y especialidad, cualquier proveedor de salud fuera de la clínica que usted mira (ex: OB/GYN, GI, cardiólogo, terapeuta, etc.):	
Nombre de Doctor/Clinica	Tipo de Doctor/Clinica
1) _____	1) _____
2) _____	2) _____
3) _____	3) _____
Permiso para divulgar información de salud: Aliste nombres de familia y/o amigos, que podemos dar información sobre su salud para:	
Este Acuerdo permanecerá en efecto hasta que una nueva lista sea proporcionada o hasta que sea revocado por escrito.	
<input type="checkbox"/> Ninguno	
1) _____	Teléfono #: ()
2) _____	Teléfono #: ()
3) _____	Teléfono #: ()
Firma del Paciente/guardián legal:	Fecha de hoy:

For Office Use Only
Form Processed by: _____