

**SALINA FAMILY HEALTHCARE CENTER  
NUEVO 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  Elija 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:<br>( ) | Teléfono de celular:<br>( ) | Teléfono Trabajo<br>( ) | Mejor Número para utilizar:<br><input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular<br><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:<br><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:<br>( ) | Relación: |
|--|----------------------------|-----------|

|                           |                            |           |
|---------------------------|----------------------------|-----------|
| Nombre de padre/guardián: | Número de teléfono:<br>( ) | Relación: |
|---------------------------|----------------------------|-----------|

|   |                            |           |
|---|----------------------------|-----------|
| Cuidador primario (si es diferente del padre/guardián): | Número de teléfono:<br>( ) | 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.)**

|   |            |               |
|---|------------|---------------|
| <b>Nombre de la compañía de seguro:</b> | <b>ID#</b> | <b>Group#</b> |
|---|------------|---------------|

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

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



|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| ¿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<br>Si si por favor dele una copia a la recepcionista |   |  |  |
| <b>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):</b>   |   |  |  |
| <b>1 Person</b><br><input type="checkbox"/> \$0 - \$12,490<br><input type="checkbox"/> \$12,491 - \$16,736<br><input type="checkbox"/> \$16,737 - \$20,858<br><input type="checkbox"/> Over \$24,980                 | <b>2 People</b><br><input type="checkbox"/> \$0 - \$16,910<br><input type="checkbox"/> \$16,911 - \$22,659<br><input type="checkbox"/> \$22,660 - \$28,239<br><input type="checkbox"/> Over \$33,820  | <b>3 People</b><br><input type="checkbox"/> \$0 - \$21,330<br><input type="checkbox"/> \$21,331 - \$28,582<br><input type="checkbox"/> \$28,583 - \$35,621<br><input type="checkbox"/> Over \$42,660 | <b>4 People</b><br><input type="checkbox"/> \$0 - \$25,750<br><input type="checkbox"/> \$25,751 - \$34,505<br><input type="checkbox"/> \$34,506 - \$43,002<br><input type="checkbox"/> Over \$51,500 |
| <b>5 People</b><br><input type="checkbox"/> \$0 - \$30,170<br><input type="checkbox"/> \$30,171 - \$40,427<br><input type="checkbox"/> \$40,428 - \$50,383<br><input type="checkbox"/> Over \$60,340                 | <b>6 People</b><br><input type="checkbox"/> \$0 - \$ 34,590<br><input type="checkbox"/> \$34,591 - \$46,350<br><input type="checkbox"/> \$46,351 - \$57,765<br><input type="checkbox"/> Over \$69,180 | <b>7 People</b><br><input type="checkbox"/> \$0 - \$39,010<br><input type="checkbox"/> \$39,011 - \$52,273<br><input type="checkbox"/> \$52,274 - \$65,146<br><input type="checkbox"/> Over \$78,020 | <b>8 People</b><br><input type="checkbox"/> \$0 - \$43,430<br><input type="checkbox"/> \$43,431 - \$58,196<br><input type="checkbox"/> \$58,197 - \$72,528<br><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) _____  |  |  |
| <b>Permiso para divulgar información de salud: Aliste nombres de familia y/o amigos, que podemos dar información sobre su salud para:</b>  |   |  |  |
| 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: _____ |