

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:		Pronombre preferido (el, ella):	
Sexo Legal: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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	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) _____	¿Ha estado sin hogar en cualquier momento en este año civil? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Veterano <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> No un Veterano	¿Es usted un agricultor estacional o migratorio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ver otro lado



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	¿Usted se considera como? <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Gay o lesbiana <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otra cosa <input type="checkbox"/> No sabe	¿Cuál es su sexo? <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> transgénero hombre/mujer a hombre <input type="checkbox"/> transgénero mujer/hombre -mujer <input type="checkbox"/> Otros	¿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):

<u>1 Person</u> <input type="checkbox"/> \$0 – 12,140 <input type="checkbox"/> \$12,141 – 18,210 <input type="checkbox"/> \$18,211 – 24,280 <input type="checkbox"/> Over \$24,281	<u>2 People</u> <input type="checkbox"/> \$0 - 16,460 <input type="checkbox"/> \$16,461 - 24,690 <input type="checkbox"/> \$24,691 - 32,920 <input type="checkbox"/> Over \$32,921	<u>3 People</u> <input type="checkbox"/> \$0 - 20,780 <input type="checkbox"/> \$20,781 – 31,170 <input type="checkbox"/> \$30,171 – 41,560 <input type="checkbox"/> Over \$41,561	<u>4 People</u> <input type="checkbox"/> \$0 – 25,000 <input type="checkbox"/> \$25,101 – 37,650 <input type="checkbox"/> \$37,651 – 50,200 <input type="checkbox"/> Over \$50,201
<u>5 People</u> <input type="checkbox"/> \$0 – 29,420 <input type="checkbox"/> \$29,421 – 44,130 <input type="checkbox"/> \$44,131 – 58,840 <input type="checkbox"/> Over \$58,841	<u>6 People</u> <input type="checkbox"/> \$0 – 33,740 <input type="checkbox"/> \$33,741 – 50,610 <input type="checkbox"/> \$50,611 – 67,480 <input type="checkbox"/> Over \$67,481	<u>7 People</u> <input type="checkbox"/> \$0 – 38,060 <input type="checkbox"/> \$38,060 – 57,090 <input type="checkbox"/> \$57,090 – 76,120 <input type="checkbox"/> Over \$76,121	<u>8 People</u> <input type="checkbox"/> \$0 – 42,380 <input type="checkbox"/> \$42,381 – 63,570 <input type="checkbox"/> \$63,571 – 84,760 <input type="checkbox"/> Over \$84,761

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/Clínica	Tipo de Doctor/Clínica
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.

Ninguno

1) _____	Teléfono #: ()
2) _____	Teléfono #: ()
3) _____	Teléfono #: ()

Firma del Paciente/guardián legal:

Fecha de hoy:

For Office Use Only
Form Processed by: _____