



Chart # \_\_\_\_\_

**SALINA FAMILY HEALTHCARE CENTER**

**FORMA DE REGISTRO DEL PACIENTE**

**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 legal?: Masculino Femenina      ¿Qué Sexo le asignaron al nacer (si es diferente)?: Masculino Femenina

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:  
Casa      Celular      Trabajo

Dirección:      Ciudad:      Estado:      Código postal:

¿Esta es vivienda pública?    Si    No

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

Dirección de correo electrónico:      MéTODO de contacto preferido:  
Teléfono      Email      Carta      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 tarjeta de seguro a la recepcionista.)**

Nombre del seguro médico primario:      ID#      Group#

Nombre del seguro médico secundario:      ID#      Group#

Nombre del seguro dental primario:      ID#      Group#

Nombre del seguro dental secundario:      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.

<b>Raza</b> Blanco Negro/africano-americanos Asiático Nativo hawaiano Indios americanos y naticos de Alaska Otros isleño Os del Pacifico	<b>Entidad</b> Hispano/Latino No Hispano/Latino	<b>Idioma preferido</b> Ingles Español Vietnamita Lenguaje de Señas Otro (especifique): _____	<b>Ver otro lado</b> 
	<b>Veterano</b> Veterano No un Veterano		

<b>Estado civil</b> Desconocido (U) Casado/a (M) Soltero/a (S) Divorciado/a (D) Separado (X) Viudo/a (W) Pareja (P)	<b>Orientación sexual</b> Lesbiana, gay u homosexuales Heterosexual Bisexual Algo más por favor describa: No Sé Elijo no divulgar	<b>Pronombre preferido</b> El Ella Ellos	<b>Identidad de género</b> Identifico como hombre Identifico como Mujer Hombre transgénero / Mujer a hombre Mujer transgénero / Hombre a mujer Género no conforme (ni exclusivamente masculino ni femenina) Categoría de género adicional / otro, por favor especifique Elijo no divulgar
--	---	---	--

¿ Ha estado sin hogar on cuabquier momento en este año civil?      Sí    No

¿ Es usted un agricultor estacional o migratorio?      Sí    No

¿ Tiene usted una directiva anticipada? (testimonio en vivo o DNR, no resucitar por su siglas en ingles)      Sí    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):**

<b>1 Persona</b>	<b>2 Personas</b>	<b>3 Personas</b>	<b>4 Personas</b>
\$ 0 - \$ 12,760	\$ 0 - \$ 17,240	\$ 0 - \$ 21,720	\$ 0 - \$ 26,200
\$ 12,761 - \$ 17,098	\$ 17,241 - \$ 23,101	\$ 21,721 - \$ 29,104	\$ 26,201 - \$ 35,108
\$ 17,099 - \$ 21,309	\$ 23,102 - \$ 28,790	\$ 29,105 - \$ 36,272	\$ 35,109 - \$ 43,754
\$ 21,310 - \$ 25,520	\$ 28,791 - \$ 34,480	\$ 36,273 - \$ 43,440	\$ 43,755 - \$ 52,400
Over \$ 25,521	Over \$ 34,481	Over \$ 43,441	Over \$ 52,401
<b>5 Personas</b>	<b>6 Personas</b>	<b>7 Personas</b>	<b>8 Personas</b>
\$ 0 - \$ 30,680	\$ 0 - \$ 35,160	\$ 0 - \$ 39,640	\$ 0 - \$ 44,120
\$ 30,681 - \$ 41,111	\$ 35,161 - \$ 47,114	\$ 39,641 - \$ 53,117	\$ 44,121 - \$ 59,120
\$ 41,112 - \$ 51,235	\$ 47,115 - \$ 58,717	\$ 53,118 - \$ 66,198	\$ 59,121 - \$ 73,680
\$ 51,236 - \$ 61,360	\$ 58,718 - \$ 70,320	\$ 66,199 - \$ 79,280	\$ 73,681 - \$ 88,240
Over \$ 61,361	Over \$ 70,321	Over \$ 79,281	Over \$ 88,241

**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.):**

<b>Nombre de Doctor/Clínica</b>	<b>Tipo de Doctor/Clínica</b>
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.

<b>Ningún cambio</b>	<b>Nadie</b>
1) _____	Teléfono #:
2) _____	Teléfono #:
3) _____	Teléfono #:
<b>Firma del Paciente/guardián legal:</b>	
<b>Fecha de hoy:</b>	

For Office Use Only  
Form Processed by: \_\_\_\_\_