



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 Person</b> \$ 0 - \$ 12,490 \$ 12,491 - \$ 16,737 \$ 16,738 - \$ 20,858 \$ 20,859 - \$ 24,980 Over \$ 24,981	<b>2 People</b> \$ 0 - \$ 16,910 \$ 16,911 - \$ 22,659 \$ 22,660 - \$ 28,240 \$ 28,241 - \$ 33,820 Over \$ 33,821	<b>3 People</b> \$ 0 - \$ 21,330 \$ 21,331 - \$ 28,582 \$ 28,583 - \$ 35,621 \$ 35,622 - \$ 42,660 Over \$ 42,661	<b>4 People</b> \$ 0 - \$ 25,750 \$ 25,751 - \$ 34,505 \$ 34,506 - \$ 43,003 \$ 43,004 - \$ 51,500 Over \$ 51,501
<b>5 Person</b> \$ 0 - \$ 30,170 \$ 30,171 - \$ 40,428 \$ 40,429 - \$ 50,384 \$ 50,385 - \$ 60,340 Over \$ 60,341	<b>6 People</b> \$ 0 - \$ 34,590 \$ 34,591 - \$ 46,350 \$ 46,351 - \$ 57,765 \$ 57,766 - \$ 69,180 Over \$ 69,181	<b>7 People</b> \$ 0 - \$ 39,010 \$ 39,011 - \$ 52,273 \$ 52,274 - \$ 65,147 \$ 65,148 - \$ 78,020 Over \$ 78,021	<b>8 People</b> \$ 0 - \$ 43,430 \$ 43,431 - \$ 58,196 \$ 58,197 - \$ 72,528 \$ 72,529 - \$ 86,860 Over \$ 86,861

**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.

<b>Ninguno</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: \_\_\_\_\_