

## 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)			
<b>Información sobre seguro medico</b>			
Independientemente de los servicios que usted recibe en Salina Family Healthcare Center, por favor, complete la siguiente información relacionada con el seguro de salud: <b>(Por favor, dele tarjeta de seguro a la recepcionista.)</b>			
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>Veterano</b> Veterano No un Veterano	<b>Idioma preferido</b> Ingles Español Vietnamita Lenguaje de Señas Otro (especifique): _____	<b>Ver otro lado</b> 

<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 - \$ 13,590 \$ 13,591 - \$ 18,211 \$ 18,212 - \$ 22,695 \$ 22,696 - \$ 27,180 Over \$ 27,181	\$ 0 - \$ 18,310 \$ 18,311 - \$ 24,535 \$ 24,536 - \$ 30,578 \$ 30,579 - \$ 36,620 Over \$ 36,621	\$ 0 - \$ 23,030 \$ 23,031 - \$ 30,860 \$ 30,861 - \$ 38,460 \$ 38,461 - \$ 46,060 Over \$ 46,061	\$ 0 - \$ 27,750 \$ 27,751 - \$ 37,185 \$ 37,186 - \$ 46,343 \$ 46,344 - \$ 55,500 Over \$ 55,501
<b>5 Personas</b>	<b>6 Personas</b>	<b>7 Personas</b>	<b>8 Personas</b>
\$ 0 - \$ 32,470 \$ 32,471 - \$ 43,510 \$ 43,511 - \$ 54,225 \$ 54,226 - \$ 64,940 Over \$ 64,941	\$ 0 - \$ 37,190 \$ 37,191 - \$ 49,835 \$ 49,836 - \$ 62,107 \$ 62,108 - \$ 74,380 Over \$ 74,381	\$ 0 - \$ 41,910 \$ 41,911 - \$ 56,159 \$ 56,160 - \$ 69,990 \$ 69,991 - \$ 83,820 Over \$ 83,821	\$ 0 - \$ 46,630 \$ 46,631 - \$ 62,484 \$ 62,485 - \$ 77,872 \$ 77,873 - \$ 93,260 Over \$ 93,261

**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: \_\_\_\_\_