| 014 | ш | | |
|-------|---|--|--|
| Chart | # | | |

SALINA FAMILY HEALTHCARE CENTER

FORMA DE REGISTRO DEL PACIENTE

| | uda a cuidar mejor de usted. Toda anco será considerado una "nega | | | te de una m | anera confidencial y | | |
|---|--|---|-------------------|---------------|---|--|--|
| Nombre legal: | | | | | | | |
| Nombre preferido: | | | | | | | |
| ¿Qué Sexo legal? Masculino | Sexo asignaron al nacer (si es diferente)?: Masculino Femenina | | | | | | |
| _ | ros y sexos. Muchas compañías de e en todos los documentos de seguro | | | | | | |
| Fecha de nacimiento: | | # de seguro social: | | | | | |
| Sus respuestas a las siguientes pregun | tas nos ayudarán a comunicarnos con us | sted de una manera rápida | a y discreta co | n información | importante | | |
| TeléFono de casa: | eléFono de casa: TeléFono de celular: | | TeléFono Trabajo: | | Mejor Número para utilizar: Casa Celular Trabajo | | |
| Dirección: | | Ciudad: | Estad | o: | CóDigo postal: | | |
| ¿Esta es vivienda pública? | Si No | ı | 1 | | ı | | |
| Dirección de facturación (si es disti | nta a la de arribar): | Ciudad: | Estad | o: | CóDigo postal: | | |
| Dirección de correo electrónico: | | MéTodo de contacto preferido: Teléfono Email Carta Texto | | | | | |
| Ocupación: | | Empleador/Nombre de escuela: | | | | | |
| | ACIÓN: Permiso para divulgar informa ueva lista cada vez que se completa el | | | | | | |
| | Nadie más | | | | | | |
| 1) | | Número de teléfono: | | | | | |
| 2) | | Número de teléfono: | | | | | |
| 3) | | Número de teléfono: | | | | | |
| Nombre legal del padre/guardián # | | Número de teléfono: | | F | Relación: | | |
| Nombre legal del padre/guardián #2: | | Número de teléfono: | | F | Relación: | | |
| Cuidador principal (si es diferente del pa | adre/guardián): | Número de teléfono: Relació | | Relación: | | | |
| Forma notariada para Tratamiento del men | or es REQUERIDO si no es padre/tutor legal | . consulte con la recepción p | ara obtener el fo | rmulario. | | | |
| | Información D | De Seguro Médico | | | | | |
| Complete TODA la siguiente i seguro con la recepcionista) | nformación con respecto a su se | eguro médico. (entre | egue sus tar | jetas de | | | |
| Nombre del seguro médico prim | ario: | ID# | | Group# | | | |
| Nombre del seguro médico secundario: | | ID# | | Group# | | | |
| Nombre del seguro dental prima | rio: | ID# | | Group# | | | |
| Nombre del seguro dental secun | dario: | ID# | | Group# | | | |
| Nombre del seguro visión: | | ID# | | Group# | | | |
| | | | | | | | |

| Dawa "atra" | Final algorithms of the control of t | Idiama proforida | |
|---|--|---|---|
| Raza "otra raza" Blanco Negro/africano-americanos Asiático | Entidad "Cubano" Hispano/Latino No Hispano/Latino | Idioma preferido Ingles Español Vietnamita | |
| Nativo hawaiano Indio americano / nativo de Otros isleñ Isleño del pacífico | Alaska Veterano Veterano No un Veterano | Lenguaje de Seña Otro (especifique | |
| Estado civil Desconocido (U) Casado/a (M) Soltero/a (S) Divorciado/a (D) Separado (X) Viudo/a (W) Pareja (P) | Orientación sexual Lesbiana, gay u homosexuales Heterosexual Bisexual Algo más por favor describa: No Sé Elijo no divulgar | Pronombre preferido El Ella Ellos | Identidad de género Hombre Mujer Hombre transgénero Mujer a hombre Mujer transgénero Hombre a mujer Género no conforme (ni exclusivamente masculino ni femenina Categoria de género adicional / otro, por favor especifique Elijo no divulger |
| | bquier momento en este año civil? | Sí No | |
| _ , , , , | | | |
| ¿ Es usted un agricultor estac | | | |
| | nticipada? (testimonio en vivo o DNR, n | o resucitar por su siglas en ing | lles) Sí No |
| ¿ Tiene usted una directiva a Si si por favor dele una copia | nticipada? (testimonio en vivo o DNR, n | | |
| ¿ Tiene usted una directiva a Si si por favor dele una copia | nticipada? (testimonio en vivo o DNR, n a la recepcionista. | | |
| ¿ Tiene usted una directiva al Si si por favor dele una copia El tamaño de la familia y el ingl 1 Persona \$ 0 - \$ 14,580 \$ 14,581 - \$ 19,537 \$ 19,538 - \$ 24,349 \$ 24,350 - \$ 29,160 | nticipada? (testimonio en vivo o DNR, na la recepcionista. reso (según el número de personas que V 2 Personas \$ 0 - \$ 19,720 \$ 19,721 - \$ 26,425 \$ 26,426 - \$ 32,932 \$ 32,933 - \$ 39,440 | 3 Personas \$ 0 - \$ 24,860 \$ 24,861 - \$ 33,312 \$ 33,313 - \$ 41,516 \$ 41,517 - \$ 49,720 | 4 Personas \$ 0 - \$ 30,000 \$ 30,001 - \$ 40,200 \$ 40,201 - \$ 50,100 \$ 50,101 - \$ 60,000 |
| ¿ Tiene usted una directiva al Si si por favor dele una copia El tamaño de la familia y el ingl 1 Persona \$ 0 - \$ 14,580 \$ 14,581 - \$ 19,537 \$ 19,538 - \$ 24,349 \$ 24,350 - \$ 29,160 Over \$ 29,161 5 Personas \$ 0 - \$ 35,140 \$ 35,141 - \$ 47,088 \$ 47,089 - \$ 58,684 \$ 58,685 - \$ 70,280 Over \$ 70,281 | nticipada? (testimonio en vivo o DNR, na la recepcionista. reso (según el número de personas que V 2 Personas \$ 0 - \$ 19,720 \$ 19,721 - \$ 26,425 \$ 26,426 - \$ 32,932 \$ 32,933 - \$ 39,440 Over \$ 39,441 6 Personas \$ 0 - \$ 40,280 \$ 40,281 - \$ 53,975 \$ 53,976 - \$ 67,268 \$ 67,269 - \$ 80,560 Over \$ 80,561 by especialidad, cualquier proveedor | iven en su casa, marque el rang 3 Personas \$ 0 - \$ 24,860 \$ 24,861 - \$ 33,312 \$ 33,313 - \$ 41,516 \$ 41,517 - \$ 49,720 Over \$ 49,721 7 Personas \$ 0 - \$ 45,420 \$ 45,421 - \$ 60,863 \$ 60,864 - \$ 75,851 \$ 75,852 - \$ 90,840 Over \$ 90,841 | A Personas |
| ¿ Tiene usted una directiva al Si si por favor dele una copia El tamaño de la familia y el ingl 1 Persona \$ 0 - \$ 14,580 \$ 14,581 - \$ 19,537 \$ 19,538 - \$ 24,349 \$ 24,350 - \$ 29,160 Over \$ 29,161 5 Personas \$ 0 - \$ 35,140 \$ 35,141 - \$ 47,088 \$ 47,089 - \$ 58,684 \$ 58,685 - \$ 70,280 Over \$ 70,281 Por favor aliste por nombre (ex: OB/GYN, GI, cardiólog | nticipada? (testimonio en vivo o DNR, na la recepcionista. reso (según el número de personas que V 2 Personas \$ 0 - \$ 19,720 \$ 19,721 - \$ 26,425 \$ 26,426 - \$ 32,932 \$ 32,933 - \$ 39,440 Over \$ 39,441 6 Personas \$ 0 - \$ 40,280 \$ 40,281 - \$ 53,975 \$ 53,976 - \$ 67,268 \$ 67,269 - \$ 80,560 Over \$ 80,561 by especialidad, cualquier proveedor | 3 Personas \$ 0 - \$ 24,860 \$ 24,861 - \$ 33,312 \$ 33,313 - \$ 41,516 \$ 41,517 - \$ 49,720 Over \$ 49,721 7 Personas \$ 0 - \$ 45,420 \$ 45,421 - \$ 60,863 \$ 60,864 - \$ 75,851 \$ 75,852 - \$ 90,840 Over \$ 90,841 de salud fuera de la clínica | A Personas |
| ¿ Tiene usted una directiva al Si si por favor dele una copia El tamaño de la familia y el ingl 1 Persona \$ 0 - \$ 14,580 \$ 14,581 - \$ 19,537 \$ 19,538 - \$ 24,349 \$ 24,350 - \$ 29,160 Over \$ 29,161 5 Personas \$ 0 - \$ 35,140 \$ 35,141 - \$ 47,088 \$ 47,089 - \$ 58,684 \$ 58,685 - \$ 70,280 Over \$ 70,281 Por favor aliste por nombre (ex: OB/GYN, GI, cardiólog | nticipada? (testimonio en vivo o DNR, na la recepcionista. reso (según el número de personas que V 2 Personas \$ 0 - \$ 19,720 \$ 19,721 - \$ 26,425 \$ 26,426 - \$ 32,932 \$ 32,933 - \$ 39,440 Over \$ 39,441 6 Personas \$ 0 - \$ 40,280 \$ 40,281 - \$ 53,975 \$ 53,976 - \$ 67,268 \$ 67,269 - \$ 80,560 Over \$ 80,561 e y especialidad, cualquier proveedoro, terapeuta, etc.): | 3 Personas \$ 0 - \$ 24,860 \$ 24,861 - \$ 33,312 \$ 33,313 - \$ 41,516 \$ 41,517 - \$ 49,720 Over \$ 49,721 7 Personas \$ 0 - \$ 45,420 \$ 45,421 - \$ 60,863 \$ 60,864 - \$ 75,851 \$ 75,852 - \$ 90,840 Over \$ 90,841 de salud fuera de la clínica | A Personas |
| ¿ Tiene usted una directiva al Si si por favor dele una copia El tamaño de la familia y el ingl 1 Persona \$ 0 - \$ 14,580 \$ 14,581 - \$ 19,537 \$ 19,538 - \$ 24,349 \$ 24,350 - \$ 29,160 Over \$ 29,161 5 Personas \$ 0 - \$ 35,140 \$ 35,141 - \$ 47,088 \$ 47,089 - \$ 58,684 \$ 58,685 - \$ 70,280 Over \$ 70,281 Por favor aliste por nombre (ex: OB/GYN, GI, cardiólog Nomb 1) | nticipada? (testimonio en vivo o DNR, na la recepcionista. reso (según el número de personas que V 2 Personas \$ 0 - \$ 19,720 \$ 19,721 - \$ 26,425 \$ 26,426 - \$ 32,932 \$ 32,933 - \$ 39,440 Over \$ 39,441 6 Personas \$ 0 - \$ 40,280 \$ 40,281 - \$ 53,975 \$ 53,976 - \$ 67,268 \$ 67,269 - \$ 80,560 Over \$ 80,561 e y especialidad, cualquier proveedoro, terapeuta, etc.): | 3 Personas | A Personas |
| ¿ Tiene usted una directiva al Si si por favor dele una copia El tamaño de la familia y el ingl 1 Persona \$ 0 - \$ 14,580 \$ 14,581 - \$ 19,537 \$ 19,538 - \$ 24,349 \$ 24,350 - \$ 29,160 Over \$ 29,161 5 Personas \$ 0 - \$ 35,140 \$ 35,141 - \$ 47,088 \$ 47,089 - \$ 58,684 \$ 58,685 - \$ 70,280 Over \$ 70,281 Por favor aliste por nombre (ex: OB/GYN, GI, cardiólog Nomb 1) | nticipada? (testimonio en vivo o DNR, na la recepcionista. reso (según el número de personas que Versonas 2 Personas | 3 Personas | A Personas |

| For Office Use Only | |
|---------------------|--|
| Form Processed by: | |