

## SALINA FAMILY HEALTHCARE CENTER

## FORMA DE REGISTRO DEL PACIENTE

**La siguiente información nos ayuda a cuidar mejor de usted. Toda la información obtenida se trmite de una manera confidencial y privado. Cualquier espacio en blanco será considerado una "negar comentarios al respecto."**

Nombre legal:	Nombre:	Inicial del seguendo nombre:	Apellido:
---------------	---------	------------------------------	-----------

Nombre preferido:			
-------------------	--	--	--

¿Qué Sexo legal? Masculino	Femenina
----------------------------	----------

El nombre legal y el sexo en su seguro médico deben usarse en todos los documentos de seguro médico, facturación y correspondencia.

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 arriba):	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:
---	---------------------	-----------

**PERMISO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN:** Permiso para divulgar información; Aliste las personas que podemos divulgar información sobre su atención médica. (Se requiere una nueva lista cada vez que se completa el formulario. El consentimiento permanece vigente hasta que se proporcione una nueva lista o se revoque por escrito).

Contacto de emergencia	Nadie
------------------------	-------

1)	Número de teléfono:
----	---------------------

2)	Número de teléfono:
----	---------------------

3)	Número de teléfono:
----	---------------------

Nombre legal del parent/guardián #1:	Número de teléfono:	Relación:
--------------------------------------	---------------------	-----------

Nombre legal del parent/guardián #2:	Número de teléfono:	Relación:
--------------------------------------	---------------------	-----------

Cuidador principal (si es diferente del parent/guardián):	Número de teléfono:	Relación:
---	---------------------	-----------

Forma notariada para Tratamiento del menor es REQUERIDO si no es parent/tutor legal. consulte con la recepción para obtener el formulario.

### Información De Seguro Médico

**Complete TODA la siguiente información con respecto a su seguro médico. (entregue sus tarjetas de seguro con 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#
Nombre del seguro visión:	ID#	Group#

La siguiente información es para fines demográficos y no afectará su acceso a la atención ni la calidad de la atención que recibe

<b>Raza "otra raza"</b> Blanco Negro/africano-americanos Asiático Nativo hawaiano Indio americano / nativo de Alaska Otros isleñ Isleño del pacífico	<b>Entidad "Cubano"</b> Hispano/Latino No Hispano/Latino	<b>Idioma preferido</b> Ingles Español Vietnamita Lenguaje de Señas Otro (especifique): _____	
	<b>Veterano</b> Veterano No un Veterano		

¿ 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> \$ 0 - \$ 15,960 \$ 15,961 - \$ 21,386 \$ 21,387 - \$ 26,653 \$ 26,654 - \$ 31,920 Over \$ 31,921	<b>2 Personas</b> \$ 0 - \$ 21,640 \$ 21,641 - \$ 28,997 \$ 28,998 - \$ 36,138 \$ 36,139 - \$ 43,280 Over \$ 43,281	<b>3 Personas</b> \$ 0 - \$ 27,320 \$ 27,321 - \$36,608\$ 36,609 - \$ 45,624 \$ 45,625 - \$ 54,640 Over \$ 54,641	<b>4 Personas</b> \$ 0 - \$ 33,000 \$ 33,001 - \$44,220 \$ 44,221 - \$55,110 \$ 55,111 - \$66,000 Over \$ 66,001
<b>5 Personas</b> \$ 0 - \$ 38,680 \$ 38,681 - \$ 51,831 \$ 51,832 - \$ 64,595 \$ 64,596 - \$ 77,360 Over \$ 77,361	<b>6 Personas</b> \$ 0 - \$ 44,360 \$ 43,361 - \$ 59,442 \$ 59,443 - \$ 74,081 \$ 74,082 - \$ 88,720 Over \$ 88,721	<b>7 Personas</b> \$ 0 - \$ 50,040 \$ 50,041 - \$ 67,053 \$ 67,054 - \$ 83,566 \$ 83,567 - \$ 100,080 Over \$ 100,081	<b>8 Personas</b> \$ 0 - \$ 55,720 \$ 55,721 - \$ 74,664 \$ 74,665 - \$ 93,052 \$ 93,053 - \$ 111,440 Over \$ 111,441

**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) _____

**Firma del Paciente/guardián legal:** \_\_\_\_\_ **Fecha de hoy:** \_\_\_\_\_

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