

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:		Inicial del segundo 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 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:	
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 padre/guardián #1:	Número de teléfono:	Relación:	
Nombre legal del padre/guardián #2:	Número de teléfono:	Relación:	
Cuidador principal (si es diferente del padre/guardián):	Número de teléfono:	Relación:	
Forma notariada para Tratamiento del menor es REQUERIDO si no es padre/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			
Raza "otra raza" Blanco Negro/africano-americanos Asiático Nativo hawaiano Indio americano / nativo de Alaska Otros isleño Isleño del pacífico	Entidad "Cubano" Hispano/Latino No Hispano/Latino Veterano Veterano No un Veterano	Idioma preferido Ingles Español Vietnamita Lenguaje de Señas Otro (especifique): _____	
¿ Ha estado sin hogar on cuabquier momento en este año civil? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿ Es usted un agricultor estacional o migratorio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿ Tiene usted una directiva anticipada? (testimonio en vivo o DNR, no resucitar por su siglas en ingles) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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):			
1 Persona \$ 0 - \$ 15,960 \$ 15,961 - \$ 21,386 \$ 21,387 - \$ 26,653 \$ 26,654 - \$ 31,920 Over \$ 31,921	2 Personas \$ 0 - \$ 21,640 \$ 21,641 - \$ 28,997 \$ 28,998 - \$ 36,138 \$ 36,139 - \$ 43,280 Over \$ 43,281	3 Personas \$ 0 - \$ 27,320 \$ 27,321 - \$36,608\$ 36,609 - \$ 45,624 \$ 45,625 - \$ 54,640 Over \$ 54,641	4 Personas \$ 0 - \$ 33,000 \$ 33,001 - \$44,220 \$ 44,221 - \$55,110 \$ 55,111 - \$66,000 Over \$ 66,001
5 Personas \$ 0 - \$ 38,680 \$ 38,681 - \$ 51,831 \$ 51,832 - \$ 64,595 \$ 64,596 - \$ 77,360 Over \$ 77,361	6 Personas \$ 0 - \$ 44,360 \$ 43,361 - \$ 59,442 \$ 59,443 - \$ 74,081 \$ 74,082 - \$ 88,720 Over \$ 88,721	7 Personas \$ 0 - \$ 50,040 \$ 50,041 - \$ 67,053 \$ 67,054 - \$ 83,566 \$ 83,567 - \$ 100,080 Over \$ 100,081	8 Personas \$ 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.):			
Nombre de Doctor/Clínica		Tipo de Doctor/Clínica	
1) _____		1) _____	
2) _____		2) _____	
3) _____		3) _____	
Firma del Paciente/guardián legal:			Fecha de hoy:

For Office Use Only
 Form Processed by: _____