

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA EL PACIENTE

Información del paciente

Nombre legal*	Apellido(s)	Primer nombre	Segundo nombre	Nombre que prefiere usar
Nombre anterior	Apellido(s)	Primer nombre	Segundo nombre	
Fecha de nacimiento	Mes / Día / Año	Número del Seguro Social		
Teléfono de casa ()	Teléfono celular ()			
Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal	
Dirección física (si es diferente a la postal)	Ciudad	Estado	Código postal	
Nombre del contacto de emergencia	Número de teléfono	Parentesco con el paciente		

Información de la persona responsable (para los pacientes menores de 18 años)

Nombre	Número de teléfono	Parentesco con el paciente	Fecha de nacimiento / /
Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal

Información demográfica

1) Sexo al nacer ☐ Femenino ☐ Masculino	2) Estado civil actual ☐ Casado(a) ☐ Con pareja ☐ Soltero(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Legalmente separado(a) ☐ Viudo(a)	3) ¿El / la paciente es estudiante? ☐ Sí, estudiante de tiempo completo ☐ Sí, estudiante de medio tiempo ☐ No es / no soy estudiante
4) Situación laboral ☐ Trabajo de tiempo completo ☐ Trabajo de medio tiempo ☐ No tengo trabajo ☐ Trabajo por mi cuenta ☐ Jubilado(a) ☐ En el servicio militar activo ☐ En la Reserva Nacional esperando ser asignado(a) Empleador/patrón:	5) Farmacia de su preferencia: Nombre Ciudad/Estado	6) Ingresos anuales en bruto (antes que quiten los impuestos) del hogar (incluya los de su esposo/a) \$ _____ ☐ No hay ingresos 6a) ¿A cuántas personas (incluyéndose usted) mantiene con estos ingresos? (Si está o hay alguien embarazada, cuente el / los bebé/s aún no nacido/s) _____

Continúa atrás

Staff Initials: _____

Revision: December 2017

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

7) Raza (marque todas las que le correspondan) ☐ Afroamericana / Negra ☐ Asiática ☐ Caucásica / Blanca ☐ Nativa americana o de Alaska / Inuit (esquimal) ☐ De una isla del Pacífico ☐ Otra (por favor especifique): 	8) Grupo étnico ☐ Hispano / Latino ☐ No hispano, ni latino	9) ¿Es trabajador(a) migrante? ☐ Sí ☐ No 10) ¿Veterano(a) de los Estados Unidos? ☐ Sí ☐ No	11) ¿Ciudadano o inmigrante legal de los Estados Unidos? ☐ Sí ☐ No 12) ¿Habita en vivienda pública? ☐ Sí ☐ No
13) ¿Está en situación de calle? ☐ No, sí tengo/tenemos donde vivir de manera estable y permanente. ☐ Estoy viviendo en instalaciones supervisadas privadas o públicas. ☐ Estoy en una vivienda de transición. ☐ Sí, estoy viviendo en la calle. ☐ Estoy viviendo en mi carro. ☐ Estoy viviendo en un refugio. ☐ Me estoy quedando con familiares o amigos. ☐ Otra (por favor especifique): 	14) Identidad de género ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Transgénero, mujer que se identifica como hombre ☐ Transgénero, hombre que se identifica como mujer ☐ Otro ☐ Prefiero no divulgarlo	15) ¿Orientación sexual? ☐ Heterosexual ☐ Lesbiana o gay ☐ Bisexual ☐ Algo más ☐ No sé ☐ Prefiero no divulgarlo	16) ¿Quién lo(a) recomendó con nosotros? ☐ Yo mismo(a) ☐ Un(a) amigo(a) o familiar ☐ Un proveedor de atención médica ☐ La sala de emergencias ☐ Por medio del internet / periódico / radio ☐ Otro _____

Por medio del presente certifico que toda la información que he dado, incluyendo mis ingresos, está correcta.

Firma _____

Mes / Día / Año

Parentesco, si no es el paciente quien firma _____

Staff Initials: _____

Revision: December 2017