

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 donde recibe su correo	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección física (si es diferente a la de su correo)	Ciudad	Estado	Código postal
Nombre del contacto de emergencia	Número de teléfono	Parentesco con el paciente	

¿Tiene seguro médico? **Sí** **No** **Nombre de la compañía de seguros:** _____

Por favor presente la tarjeta de su seguro médico en la recepción.

Pagos de las compañías de seguros: Nosotros participamos en la asignación de pago con compañías de seguros **específicas** en nuestra área (hay un letrero con la información pegado en la recepción). Si nos proporcionan la información correcta sobre el seguro médico, presentaremos sus reclamos como una cortesía hacia usted, por ser nuestro(a) paciente. Su cobertura de salud es un contrato entre usted y la compañía de seguros con la que tiene el plan. Usted será responsable de pagar cualquier cantidad que quede en su cuenta sin saldar, independientemente de cuánta cobertura le proporciona su seguro.

Pagos del paciente: Se espera que las cuotas que le corresponden a cada paciente sean pagadas al momento de recibir los servicios, y esto aplica a todas las citas que tenga.

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

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

Información demográfica

1) Sexo al nacer <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	2) Estado civil actual <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Con pareja <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Legalmente separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)	3) ¿El / la paciente es estudiante? <input type="checkbox"/> Sí, estudiante de tiempo completo <input type="checkbox"/> Sí, estudiante de medio tiempo <input type="checkbox"/> No es / no soy estudiante
--	---	---

Staff Initials: _____

Revision: May 2018

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

<p>4) Situación laboral</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Trabajo de tiempo completo <input type="checkbox"/> Trabajo de medio tiempo <input type="checkbox"/> No tengo trabajo <input type="checkbox"/> Trabajo por mi cuenta <input type="checkbox"/> Jubilado(a) <input type="checkbox"/> En el servicio militar activo <input type="checkbox"/> En la Reserva Nacional esperando ser asignado(a) <p>Empleador/patrón:</p>	<p>5) Farmacia que prefiere:</p> <p>Nombre _____</p> <p>Ciudad/Estado _____</p>	<p>6) Ingresos anuales en bruto (antes que quiten los impuestos) del hogar (incluya los de su esposo/a)</p> <p>\$ _____ <input type="checkbox"/> No hay ingresos</p> <p>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)</p> <p>_____</p>	
<p>7) Raza (marque todas las que le correspondan)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Afroamericana / Negra <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Caucásica / Blanca <input type="checkbox"/> Nativa americana o de Alaska / Inuit (esquimal) <input type="checkbox"/> De una isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Otra (por favor especifique): _____ 	<p>8) Grupo étnico</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hispano / latino <input type="checkbox"/> No hispano/latino 	<p>9) ¿Es trabajador(a) migrante?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <p>10) ¿Veterano(a) de los Estados Unidos?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 	<p>11) ¿Ciudadano o inmigrante legal de los Estados Unidos?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <p>12) ¿Habita en vivienda pública?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<p>13) ¿Está en situación de calle?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> No, sí tengo/tenemos donde vivir de manera estable y permanente. <input type="checkbox"/> Estoy viviendo en instalaciones supervisadas privadas o públicas. <input type="checkbox"/> Estoy en una vivienda de transición. <input type="checkbox"/> Sí, estoy viviendo en la calle. <input type="checkbox"/> Estoy viviendo en mi carro. <input type="checkbox"/> Estoy viviendo en un refugio. <input type="checkbox"/> Me estoy quedando con familiares o amigos. <input type="checkbox"/> Otra (por favor especifique): _____ 	<p>14) Identidad de género</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero, mujer que se identifica como hombre <input type="checkbox"/> Transgénero, hombre que se identifica como mujer <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar 	<p>15) ¿Orientación sexual?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana o gay <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar 	<p>16) ¿Quién lo(a) recomendó con nosotros?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Yo mismo(a) <input type="checkbox"/> Un(a) amigo(a) o familiar <input type="checkbox"/> Un proveedor de atención médica <input type="checkbox"/> La sala de emergencias <input type="checkbox"/> Por medio del internet / periódico / radio <input type="checkbox"/> Otro _____

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

Firma

_____/_____/_____
Mes / Día / Año

Parentesco, si no es el paciente quien firma

Staff Initials: _____

Revision: May 2018