



## Forma de Registro del paciente

Fecha de hoy:	Doctor de salud General:	Referido por:
---------------	--------------------------	---------------

### PATIENT INFORMATION

Apellido:	Nombre:	Inicial:	Sufijo:	Fecha de Nacimiento: / /	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
-----------	---------	----------	---------	-----------------------------	--

Numero de Seguro Social:	Estado Civil: Soltero(a) / Casado(a) / Divorciado / Separado / Vivdo
--------------------------	---

Direccion:	Civdad:	Estado:	Codigo Postal:
------------	---------	---------	----------------

Telefono/Casa:	Telefono/Trabajo:	Telefono/Celular:
----------------	-------------------	-------------------

Idioma Principal:	Correo Electronico:
-------------------	---------------------

Raza: <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Alaska Native <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Natioeo Hawaiano/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Declinar	Etnicidad:: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No-Hispano/No-Latino <input type="checkbox"/> Declinar
---	---

### Contaco de Emergencia

Nombre::	Relacion:	Telefono/Casa: ( )	Telefono/Trabajar: ( )	Telefono/Celular: ( )
----------	-----------	-----------------------	---------------------------	--------------------------

### Informacion del Seguro Medico

Seguro Primario (Nombre, ID, Grupo):	Seguro Secundario (Nombre, ID, Grupo):
Nombre y Fecha de Nacimiento del Asegurado:	Nombre y Fecha de Nacimiento del Secundario:

Patient's relationship to subscriber:  Si Mismo  Esposo(a)  Hijo  Otro

### LIBERACION DE INFOMARCION DE SALUD

¿Se puede dejar un mensaje e en su telefono? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Esta bien poder hablar de su informacion de salud con otra persona? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿En caso afirmativo, con quien?
---	---	---------------------------------

### RECONOCIMIENTO

La informacion anterior es verdadera a lo mayor de mi conocimiento. Entiendo que es mi responsabilidad notificar el centro de cualquier cambio de esta informacion.

Paciente/Tutor Firma:

Fecha: