



## Formulario de Registro del Paciente

### Información del Paciente

Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre		Teléfono de Casa		Contacto Primario <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Trabajo
						Teléfono Celular		
Fecha De Nacimiento / /		SSN#		País de Nacimiento		Teléfono del Trabajo		
Dirección de Envío				Apt#		Se puede dejar mensaje de voz : <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Ciudad				Estado		Código Postal		Se puede dejar un mensaje de texto : <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <small>* Pueden aplicarse tarifas MSG y de datos</small>
Dirección de Casa (si es diferente al correo)						Correo Electrónico		
Ciudad		Estado		Código Postal		Idioma Preferido		¿Se necesita intérprete? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

### Contacto de Emergencia:

Contacto de emergencia nombre completo		Relación	
Dirección		Teléfono	

**Estamos solicitando la siguiente información de todos los pacientes para poder comprender mejor las necesidades de nuestros pacientes y para fines de financiamiento y de informe de subvenciones.**

<b>Género al Nacer</b> <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre		<b>Estado Civil</b> <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Compañero		<b>Etnicidad - Marque uno</b> <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano <input type="checkbox"/> No declarado/Rechazado		<b>Estado De Vivienda</b> <input type="checkbox"/> Dueno de Casa <input type="checkbox"/> Renta – Privado <input type="checkbox"/> Renta – Vivienda Publica (Section 8, NYCHA) <input type="checkbox"/> Hogar de ancianos <input type="checkbox"/> Vivo en un refugio <input type="checkbox"/> Vivo en la calle/carro <input type="checkbox"/> Vivo en hogar de transición <input type="checkbox"/> Vivo con otra familia	
<b>Género Preferido</b>		<b>Estado de Empleo</b> <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Militar Activo <input type="checkbox"/> Reserva Militar <input type="checkbox"/> Trabaja por su cuenta <input type="checkbox"/> Desempleado		<b>Raza – Marque todas las que apliquen</b> <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No declarado/Rechazado		<b>¿Como supiste de nosotros? (Marque uno)</b> <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Paciente/Amigo <input type="checkbox"/> Periódico <input type="checkbox"/> Folleto/Cartel <input type="checkbox"/> Evento de LIFQHC <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Referencia de médico <input type="checkbox"/> Compañía de seguros <input type="checkbox"/> Facebook/Social Media <input type="checkbox"/> Otro: _____	
<b>Identidad de género – Marque todas las que apliquen</b> <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Mujer a hombre/ Transgénero <input type="checkbox"/> Hombre a mujer/Transgénero <input type="checkbox"/> De género no conformista (genderqueer), ni hombre ni mujer exclusivamente <input type="checkbox"/> Elige no revelar		Nombre del Empleador:		<b>Es usted un:</b> Veterano <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Miembro de la Junta <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Empleado de LIFQHC <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
<b>Orientación sexual (Marque Uno)</b> <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana, gay u homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Me niego a contestar <input type="checkbox"/> Algo distinto, describa: _____		<b>Estudiante</b> <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> No es Estudiante					



<b>Información para Padres/Guardián: Complete si el paciente es menor de 18 años de edad</b>				Parte Responsable
Nombre de la Madre	Fecha De Nacimiento / /	Teléfono	Dirección	<input type="checkbox"/>
Nombre del Padre	Fecha De Nacimiento / /	Teléfono	Dirección	<input type="checkbox"/>
Nombre del Guardián	Fecha De Nacimiento / /	Teléfono	Dirección	<input type="checkbox"/>
<b>Información del Seguro</b>				
Nombre del Plan Primario			Número de Póliza	
Nombre del Asegurado <input type="checkbox"/> Igual que paciente			Fecha de nacimiento del titular del seguro / /	
Relación del paciente con el asegurado <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro:		Proveedor de Atención Primaria en la Tarjeta de Seguro		
Nombre del Plan Secundario:			Número de Póliza	
<b>Información de Farmacia:</b>				
Nombre de Farmacia:	Teléfono		Dirección	
<b>Médico de Atención Primaria</b>				
Médico Primario:	Teléfono		Dirección	
<b>Directiva Anticipada</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Rehúso			<b>Testamento de vida</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
<b>Otros Proveedores de Atención de Salud</b>				
Nombre	Teléfono: Fax:		Especialidad	
Nombre	Teléfono: Fax:		Especialidad	
Nombre	Teléfono: Fax:		Especialidad	
<p>Estoy de acuerdo en permitir que Long Island FQHC me contacte con respecto a mi información privada de salud, evaluación y tratamiento.</p> <p>_____</p> <p>Firma del Paciente o Representante <span style="float: right;">_____</span> Fecha</p> <p>Verifico que la información anterior es correcta a mi leal saber y entender.</p> <p>_____</p> <p>Firma del Paciente o Representante <span style="float: right;">_____</span> Fecha</p>				