



# Blessing Community Health Center

## Formulario de registro de pacientes

### Información personal

Apellido:	Nombre:	Inicial:	Fecha de Nacimiento: / /	Nombre Preferido:	¿Podemos dejar mensajes de voz? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Dirección de casa:		Apt#:	Ciudad:	Estado:	código postal:	Country:
Teléfono preferido: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular ( ) -		Teléfono alternativo: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo ( ) -		Seguridad Social:		
Estado civil (marque uno): <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Compañero de vida <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo		Nombre de la pareja:		Correo electrónico:		
		Cual es tu situación laboral actual: <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Tiempo complete <input type="checkbox"/> niego a responder		¿Es usted un estudiante? <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> No inscrito <input type="checkbox"/> Rechazo responder		
Lenguaje primario: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____		Inglés limitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Necesita un traductor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

### Ingresos Anuales

Ingresos: _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincena <input type="checkbox"/> Al Mes <input type="checkbox"/> Al año	Total al año:
--	---------------

### INFORMACIÓN DE ASEGURANZA

Nombre de Aseguranza:	Numero de Identificación:	¿Es este su aseguranza primario o secundario? <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria
-----------------------	---------------------------	---

### INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Raza: <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Indio americano/ Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Filipino/Chinese <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco/ Hispanic <input type="checkbox"/> Samoano		¿Eres de origen hispano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Estás sin hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si no tiene hogar, especifique: <input type="checkbox"/> Vivienda de transición <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Refugio para personas sin hogar <input type="checkbox"/> Duplicación	
¿Reside usted en una instalación de vivienda? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene usted una Directiva Anticipada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Es usted un veterano de las Fuerzas Armadas de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es usted un trabajador migrante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Eres un trabajador de temporada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

### ORIENTACIÓN SEXUAL E IDENTIDAD DE GÉNERO

¿Sexo asignado al nacer? <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	¿Cuál es tu Orientación Sexual? <input type="checkbox"/> Heterosexual o Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Gay, lesbiana u homosexual <input type="checkbox"/> Elija no divulgar
--	--

### INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre del contacto:	Número de teléfono de contacto: ( ) -	Relación con el paciente:
----------------------	--	---------------------------

### ¿Cómo escuchaste de nosotros?

Folleto  Familiar/ Amigo  Evento/ Feria  Seguro  Google  
 Walk-In  Internet  Redes Sociales  Escuela  Otro: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE FARMACIA PREFERIDA?

Nombre de la farmacia preferida:	Intersesiones de Farmacias:	Número de teléfono de la farmacia: ( ) -
----------------------------------	-----------------------------	---

Certifico que la información anterior es correcta a mi leal saber y entender

Firma del paciente/padre/guardian: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

FOR OFFICE USE ONLY

Registration Staff Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_