



FECHA: \_\_\_\_\_

MRN: \_\_\_\_\_

## Formulario para el registro del paciente

**Nombre Completo** (Primer nombre – Segundo Nombre – Apellidos)

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Pais de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Nombre Preferido: \_\_\_\_\_

Nombre del tutor legal:

(si el paciente es menor de 18 años)

Casa

Celular

# Teléfono Principal: \_\_\_\_\_

Casa

# Teléfono Secundario: \_\_\_\_\_

Celular

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección de casa:

\_\_\_\_\_

(Número y nombre de calle, número de APT, ciudad, estado, código postal, condado)

El Centro de Corazón envía recordatorios de citas/comunicaciones vía texto. Al marcar esta casilla, **NO DESEO** ninguna comunicación de texto (optar por no participar)

**Método de contacto preferido:** El Centro De Corazón puede usar cualquiera de los métodos enumerados a continuación cuando sea necesario para comunicarse con usted.

Teléfono  Carta/Correo Postal  Correo Electrónico  MyChart

¿Está sin hogar?  No  En riesgo  Sí  Viviendo con otros  
 Viviendo en un refugio

¿Estado civil?  Soltera/o  Casada/o  Unión Libre  
 Divorciada/o  Otro: \_\_\_\_\_

Género (al nacer):  Masculino  Femenino

**Raza (si es multirracial, elige todos los que correspondan):**

Blanco  Negro/Afroamericano  Indio Americano

Indio Asiático  Otro Asiático: \_\_\_\_\_  Negarse a revelar

**Etnicidad:**  Mexicano, Mexicano/Americano, Chicano  Hondureño

Puertorriqueño  Salvadoreño  Cubano  Hispano múltiple

No-Hispano  Otro Hispano \_\_\_\_\_

¿Idioma preferido?  Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_

¿Necesita un intérprete en su idioma preferido?  Sí  No

¿Veterano militar de los Estados Unidos?  Sí  No

Contacto de emergencia

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación con Paciente: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Persona Responsable de Pagos

Yo (Paciente)  Otra persona (Si es otra persona, proporcione su información a continuación)

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

# de Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de casa: \_\_\_\_\_

¿Tamaño de familia? \_\_\_\_\_

Anual

¿Ingresos total de la familia? \$ \_\_\_\_\_  Mensual

Información de Empleo del Paciente

Tipo de empleo:  Tiempo Completo  Medio Tiempo  Estudiante  
 Migrante/Estacional  Trabajador agricultura  Desempleado

Nombre del empleador/compañía: \_\_\_\_\_

Profesión/ Ocupación: \_\_\_\_\_

Alguien en su hogar tiene Medicaid, Medicare, Chip, V.A o alguna otra cobertura de seguro?  No  Sí

¿Si es sí, quien? \_\_\_\_\_

¿Ha solicitado en los últimos 30 días?  No  Sí

Seguro

¿Qué tipo de seguro tiene?

Ninguno/Por cuenta propia  Seguro Privado  Medicare

Medicaid/TWHP/CHIP/CHIP Perinatal  Otro

Nombre de compañía de seguro: \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del suscriptor: \_\_\_\_\_

Numero de Miembro/ID: \_\_\_\_\_

¿Cómo escuchó de nosotros?  Familiar  Amigo  Panfleto

Caminar/Conducir Por  TV/Radio  Escuela  Referencia externa

Evento comunidad  Internet/búsqueda en línea

Pacientes de 18 años y mayores, por favor responda las siguientes preguntas:

1. **Orientación sexual:** término usado para describir a que género(s) alguien es atraído sexual y/o románticamente

2. **Identidad de género:** como nos sentimos y expresamos nuestro género y roles de género: ropa, comportamiento y apariencia personal. Es un sentimiento que tenemos tan pronto como la edad de dos o tres.

Orientación sexual:  Heterosexual  Bisexual  Homosexual

Otro  No Sé  Negarse a revelar

Identidad de Género Actual:  Masculino  Femenino

Mujer transgénero/ Masculino a Femenino  Otro

Hombre transgénero/ Femenino a Masculino  Negarse a revelar

Pronombres preferidos:  Ella  Él  Ellos  Mi nombre  Otro

Desconocido  Negarse a revelar