

## Formulario de Registro del Paciente

### Información del Paciente

<b>Instalación Primaria:</b>				Médico Primario:			
Apellido:				Primer Nombre:			
Fecha nacimiento: / /				Género al Nacer:		Género Preferido:	
SSN# - -				Idioma Preferido:			
<b>Raza y Etnicidad</b>							
Raza – Marque todas las que apliquen <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>Etnicidad</b> - Marque uno <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano <input type="checkbox"/> No declarado/Rechazado							
<b>Dirección de Envío:</b>							
Apt #:		Ciudad:		Estado:		Código Postal:	
<b>Dirección de Casa</b> ( si es diferente al correo ):							
Apt #		Ciudad:		Estado:		Código Postal:	
Teléfono de Casa :				Teléfono Celular:			
Teléfono del Trabajo :				Dirección de Correo Electrónico:			
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Compañero							
Estudiante: <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> No es Estudiante							
Estado de Empleo: <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Deber Activo/Militar <input type="checkbox"/> Trabaja por su cuenta <input type="checkbox"/> Desempleado							
Nombre del Empleador:				Ocupación:			
Nombre de Escuela:							
<b><u>Información del Padre/Tutor:</u></b>							
Nombre de la Madre:				Fecha nacimiento: / /			
Dirección:				Teléfono:			
Nombre del Padre:				Fecha nacimiento: / /			
Dirección:				Teléfono:			
Nombre del Guardián:				Fecha nacimiento: / /			
Dirección:				Teléfono:			
Relación con el Paciente:							
<b><u>Contacto de Emergencia:</u></b>							
Nombre:				Relación:			
Dirección:				Teléfono:			

<b><u>Información de Farmacia:</u></b>		
Nombre:		Dirección:
Ciudad:	Código Postal:	Teléfono:
<b>Información del Seguro</b>		
Nombre del Plan Primario :		Número de Póliza:
Proveedor de Atención Primaria en la Tarjeta de Seguro:		
Nombre del Plan Secundario:		Número de Póliza:
<b><u>Información de Parte Responsable:</u></b>		
Nombre:		Dirección:
Ciudad:	Código Postal:	Teléfono:
Relación con el paciente:		
Proveedor de Atención Primaria en la Tarjeta de Seguro:		
<p><b>Las siguientes preguntas ayudan al centro de salud a recibir financiamiento para asegurarse de que su cuidado es económico y puede ayudar a reducir el costo de su atención de salud</b></p> <p>Es usted: (Por favor marque todos los que apliquen)</p> <p><b>Sin Hogar / Viviendo en Refugio</b></p> <p>¿Vive en un albergue o alquiler semanal/mensual? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Ha vivido en un refugio o alquiler semanal/mensual en el último año? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Comparte una vivienda unifamiliar con una o más familias? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Comparte vivienda unifamiliar con más de 3 personas no relacionadas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Ha compartido viviendas unifamiliares con más de 3 personas no relacionadas dentro del último año? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Actualmente vive con su familia o amigos mientras busca vivienda? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>Vivienda Pública</b></p> <p>¿Actualmente vive en vivienda pública? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Ha vivido en viviendas públicas en el último año? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Actualmente vive en viviendas para personas mayores? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Ha vivido en viviendas para personas mayores en el último año? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Recibe los beneficios de vivienda de la Sección 8? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Recibió los beneficios de vivienda de la Sección 8 en el último año? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>Es usted un:</b>    ___ Veterano                            ___ Empleado de LIFQHC                            ___ Miembro de la Junta</p>		

**¿Cómo se enteró de nosotros? (Por favor marque uno)**

**Referido por**

- Empleado       Paciente       Agente comunitario

**Anuncio**

- Periódico       Folleto/Cartel       Evento de LIFQHC

**Otro**

Describe Por favor \_\_\_\_\_

**Directiva Anticipada:**

**¿Tiene una directiva anticipada?**

- Si       No

**Testamento vital:**     Si       No

**En caso afirmativo, ¿tenemos una en archivo?**

- Si       No

**Representante de Atención de Salud:**

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

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Teléfono**

**Otros Proveedores de Atención de Salud:**

**Nombre**

**Especialidad**

**Teléfono**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Comunicación**

Estoy de acuerdo en permitir que Long Island FQHC me contacte en los siguientes métodos con respecto a mi información privada de salud, evaluación y tratamiento. Autorizo a Long Island FQHC a dejarme mensajes cuando no esté disponible.

***Por favor, indique sus preferencias abajo para ser contactado:***

¿Le gustaría tener acceso a nuestro portal de pacientes?

- Si       No

Número de teléfono preferido:

- Casa       Celular       Trabajo

Se puede dejar mensaje de voz:

- Casa       Celular       Trabajo

Se puede dejar un mensaje de texto:

- Si       No

\* Pueden aplicarse tarifas MSG y de datos

El mejor momento para contactarle:

- Mañana       Mediodía       Noche

Firma del Paciente o Parte Responsable: \_\_\_\_\_

Naturaleza de la Relación con el Paciente (si el paciente no firma): \_\_\_\_\_

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