

FORMULARIO DE REGISTRO - NEHALEM BAY CENTRO DE SALUD

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Recibido por: _____
Ingresado por: _____

NOMBRE (1.º, 2.º, APELLIDO) _____ NOMBRE DE PREFERENCIA: _____

¿HA SIDO CONOCIDO POR CUALQUIER OTRO NOMBRE EN EL PASADO (es decir, NOMBRE DE SOLTERA, NOMBRE DE CASADA, ALIAS)?

SI NO EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE LOS NOMBRES AQUÍ: _____

N.º DE S.S.: _____ SEXO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCIÓN POSTAL: _____

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL: _____

DIRECCIÓN FÍSICA: _____

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO DE CASA: _____ ¿PODEMOS DEJAR UN MENSAJE DETALLADO? S N

TELÉFONO CELULAR: _____ ¿PODEMOS DEJAR UN MENSAJE DETALLADO? S N

TELÉFONO DEL TRABAJO: _____ ¿PODEMOS DEJAR UN MENSAJE DETALLADO? S N

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: _____

¿ALGUNA VEZ FORMÓ PARTE DE LAS FUERZAS ARMADAS? S N

SITUACIÓN LABORAL (ENCIERRE UNA): TIEMPO COMPLETO MEDIO TIEMPO DESEMPLEADO
JUBILADO NIÑA/NIÑO

EMPLEADOR ACTUAL (SI CORRESPONDIERA): _____

¿LE GUSTARÍA RECIBIR INFORMACIÓN SOBRE NUESTRAS PRÓXIMAS CLASES, EVENTOS Y NOTICIAS POR CORREO ELECTRÓNICO? S N

¿Cómo se enteró de la existencia de Nehalem Bay Centro de Salud?

Nombre: _____ F. de nac.: _____ Fecha: _____

SEGURO

¿TIENE SEGURO? S N

NOMBRE DEL SEGURO MÉDICO PRINCIPAL: _____ FECHA DE VIGENCIA: _____

N.º DE ID _____ N.º DE GRUPO _____ NOMBRE DEL ABONADO: _____

RELACIÓN CON EL ABONADO: _____ FECHA DE NACIMIENTO DEL ABONADO: _____

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL ABONADO: _____

NOMBRE DEL SEGURO MÉDICO SECUNDARIO: _____ FECHA DE VIGENCIA: _____

N.º DE ID _____ N.º DE GRUPO _____ NOMBRE DEL ABONADO: _____

RELACIÓN CON EL ABONADO: _____ FECHA DE NACIMIENTO DEL ABONADO: _____

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL ABONADO: _____

NOMBRE DEL SEGURO DENTAL: _____ FECHA DE VIGENCIA: _____

N.º DE ID _____ N.º DE GRUPO _____ NOMBRE DEL ABONADO: _____

RELACIÓN CON EL ABONADO: _____ FECHA DE NACIMIENTO DEL ABONADO: _____

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL ABONADO: _____

Nombre: _____ F. de nac.: _____ Fecha: _____

CUENTA DEL GARANTE / PARTE RESPONSABLE DEL PAGO (SI NO FUERA EL PACIENTE)

NOMBRE (1.º, 2.º, APELLIDO) _____

N.º DE S.S.: _____ **SEXO:** _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____

DIRECCIÓN POSTAL: _____

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL: _____

SITUACIÓN LABORAL (ENCIERRE UNA): TIEMPO COMPLETO MEDIO TIEMPO DESEMPLEADO JUBILADO

EMPLEADOR ACTUAL (SI CORRESPONDIERA): _____

TELÉFONO DE CASA: _____ ¿PODEMOS DEJAR UN MENSAJE DETALLADO? S N

TELÉFONO CELULAR: _____ ¿PODEMOS DEJAR UN MENSAJE DETALLADO? S N

TELÉFONO DEL TRABAJO: _____ ¿PODEMOS DEJAR UN MENSAJE DETALLADO? S N

Como Centro de Salud Calificado Federalmente, estamos obligados a recolectar y actualizar esta información anualmente.

Por favor complete la información a continuación.

CONTACTO DE EMERGENCIA

NOMBRE DEL CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ **RELACIÓN CON USTED:** _____

TELÉFONO DE CASA: _____ **TELÉFONO CELULAR:** _____

Nombre: _____ F. de nac.: _____ Fecha: _____

INGRESOS ANUALES DEL NÚCLEO FAMILIAR

TAMAÑO DE LA FAMILIA: _____

INGRESOS ANUALES (ENCIERRE EL RANGO):	\$0	\$1,000-\$10,000	\$10,001-\$20,000	\$20,001-\$30,000
	\$30,001-\$40,000	\$40,001-\$50,000	\$50,001-\$60,000	\$60,001-\$70,000
	\$70,001-\$80,000	\$80,001-\$90,000	\$90,001-\$98,500	

INFORMACIÓN ADICIONAL

IDIOMA DE PREFERENCIA: _____	¿NECESITA UN INTÉRPRETE?	S	N
¿TIENE TRASTORNOS VISUALES? S N	¿TIENE DIFICULTADES PARA ESCUCHAR?	S	N
¿SE CONSIDERA UNA PERSONA SIN HOGAR? S N	¿ES UN TRABAJADOR MIGRANTE?	S	N

ORIGEN ÉTNICO (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA):

NO HISPANO MEXICANO, MEXICANO AMERICANO, CHICANO/A CUBANO PUERTORRIQUEÑO
OTRA ORIGEN HISPANA, LATINO/A O ESPAÑOLA DESCONOCIDO PREFIERE NO RESPONDER

RAZA/ASCENDENCIA (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA):

NATIVA DE ALASKA INDÍGENA AMERICANA INDIO ASIÁTICO NEGRA/AFROAMERICANA CHINO
FILIPINO GUAMANO O CHAMORRO JAPONÉS COREANO NATIVA DE HAWÁI
OTRO ASIÁTICO OTRO ISLEÑO DEL PACÍFICO SAMOANO VIETNAMITA BLANCA
NO SABE PREFIERE NO RESPONDER