

Fecha de hoy:	<b>FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES DE CCHS</b>		Historial Médico #:
Nombre del/de la Paciente:	Fecha de Nacimiento:	Edad:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Número de Seguro Social:	No. de Tel. de Casa:	No. de Tel. de Celular:	Correo Electrónico:
<i>CCHS utiliza recordatorios de citas electrónicos. Entiendo que puedo optar por no participar siguiendo las instrucciones del mensaje.</i>			
Ocupación:	Empleador:	No. de Tel. del Empleador:	
<b>Estado Civil:</b>	<input type="checkbox"/> Soltero(a)	<input type="checkbox"/> Casado(a)	<input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)
<b>¿Sin hogar?</b>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Vive con otra persona/Comparte hogar	<input type="checkbox"/> Albergue <input type="checkbox"/> Calle	<input type="checkbox"/> En Transición
<b>Raza:</b>	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Native Hawaiano	<input type="checkbox"/> Otra islena pacifica
	<input type="checkbox"/> India Americana / <input type="checkbox"/> Mas de una carrera	<input type="checkbox"/> No declarado/elige no revelar	
	Nativo de Alaska		
<b>Etnicidad:</b>	<input type="checkbox"/> No Hispano	<input type="checkbox"/> Hispano / Latino	<input type="checkbox"/> Prefiero no informar
<b>Idioma:</b>	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<b>Género:</b>	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero/ M-a-F	<input type="checkbox"/> Transgénero/F-a-M	<input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Rechazo informarlo
<b>Orientación Sexual:</b>	<input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Homosexual	<input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Rechazo informarlo
<b>¿Veterano?:</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
<b>No. de Personas en el Hogar</b>	<b>Ingresos anuales \$</b>	¿Desea ser evaluado(a) para descuentos de Escala Variable de Honorarios? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Quién es su Médico de Atención Primaria?		¿Farmacia Preferida?:	
<b>INFORMACIÓN DE PADRE/TUTOR – Por favor complete si el paciente es menor a 18 años</b>			
Nombre de la madre:	Fecha de nacimiento:	Teléfono:	
Nombre del padre:	Fecha de nacimiento:	Teléfono:	
**Nombre del tutor:	Fecha de nacimiento:	Teléfono:	
<b>** Si es el tutor, ¿proporcionó la documentación de tutor legal al CCHS?</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
<b>INFORMACIÓN DEL SEGURO</b>			
Persona responsable de la factura:	Fecha de nacimiento:	Dirección (si es diferente):	No. de Tel. de Casa:
Ocupación:	Empleador:	Dirección del empleador:	No. de Tel. del empleador:
Favor de indicar su seguro primario: <input type="checkbox"/> Seguro privado (tipo): _____ (Ej: Blue Cross Blue Shield)			
<input type="checkbox"/> Medicare – Tradicional <input type="checkbox"/> Medicare – HMO / Advantage (tipo): _____ ( Ex: Humana Gold) <input type="checkbox"/> Tri-Care			
<input type="checkbox"/> TennCare (tipo): _____ <input type="checkbox"/> Ninguno (pago por cuenta propia) <input type="checkbox"/> Escala móvil			
Numero de identificacion del seguro _____			
Nombre del seguro secundario (si corresponde):			
<b>EN CASO DE EMERGENCIA</b>			
Contactos de Emergencia:	Parentesco:	No. de Tel. de Casa:	No. de Tel. del trabajo:
¿Tiene un testamento vital? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Desea obtener más información acerca de:		
	Testamentos Vitales?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Tiene una declaración para el tratamiento de salud mental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Poder Notarial Duradero?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Declaración para el Tratamiento de Salud Mental?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Empleado:</b> ¿Se proporcionó literatura? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Firma del/de la Empleado(a):		
Completado por: <input type="checkbox"/> Personalmente <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro: _____			