



Southern Dominion Health System, Inc.

FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE Rellene con toda la información

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (EN LETRA DE MOLDE)			
Fecha de nacimiento:		Número de seguro social:	
Apellido del paciente:		Nombre:	Segundo nombre:
Nombre de soltera de la madre:		¿Es usted veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo
Raza: <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Caucásico (blanco) <input type="checkbox"/> Nativo de una isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo de Alaska		Farmacia:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispánico/Latino <input type="checkbox"/> No hispánico/latino <input type="checkbox"/> No quiero responder <input type="checkbox"/> Otro		Secundaria:	
Dirección postal:		Dirección de correo electrónico:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Número de teléfono de la casa: ()
Método de contacto preferido: <input type="checkbox"/> Llamada de voz: <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Mensaje de texto <input type="checkbox"/> Correo electrónico		Número de teléfono celular: ()	
¿Tiene acceso a internet? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
El paciente es/está: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Trabajador independiente <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Estudiante: <input type="checkbox"/> de tiempo completo <input type="checkbox"/> de tiempo parcial Nombre del empleador: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____		Proveedor de SDHS que prefiera: Médico de atención primaria: Lengua materna: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otra; indique: _____	
Si es menor de 18 años, nombre del padre/madre/tutor/garante:	Empleador del padre/madre/tutor/garante:	Número de teléfono del empleador: ()	
Dirección, ciudad, estado, código postal de los padres/tutores/garantes:			
Fecha de nacimiento:	N.º de seguro social	N.º de teléfono	
CONTACTO DE EMERGENCIA (EN CASO DE EMERGENCIA, CONTACTAREMOS A ESTA PERSONA):			
NOMBRE:			
NÚMERO DE TELÉFONO:			
RELACIÓN CON EL PACIENTE: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Otra: _____			
Verificación de ingresos: <i>(Como centro de salud federalmente calificado, debemos pedir esta información para informes).</i>			
Marque la casilla que corresponda a los ingresos anuales de su familia.			
<input type="checkbox"/> Superior a \$50,000	<input type="checkbox"/> \$35,000-49,999	<input type="checkbox"/> \$25,000-34,999	
<input type="checkbox"/> \$15,000-24,999	<input type="checkbox"/> \$10,000-14,999	<input type="checkbox"/> Inferior a \$10,000	
Cantidad de miembros del grupo familiar que viven de estos ingresos: _____			