

FORMA DE REGISTRACION

Nombre	Primero	Segundo	Apellido		
Seguro social #	Sexo: <input type="checkbox"/> hombre <input type="checkbox"/> Mujer		Fecha de nacimiento:		
Direccion	calle	ciudad	Estado	Codigo postal	
Direccion Postal	calle	ciudad	Estado	Codigo postal	
Telefono de casa:			Celular: (opcional)		
Primer Idioma: (opcional)		Necesita Interprete? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (opcional)			
Sin hogar (opcional)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Corriente sin hogar en 12 meses? <input type="checkbox"/> Viviendo con amigo /familia		<input type="checkbox"/> Viviendo en refugio, nombre del refugio; _____ <input type="checkbox"/> Calle/Parque/Puente <input type="checkbox"/> Hogar en transicion		
Agricola/Trabajo de bodega (opcional): <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Emigra		Grupo Etnico:: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano <input type="checkbox"/> No collectado/No se <input type="checkbox"/> Rechaza contestar		Veterano: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Raza (Marque todo lo que aplica) <input type="checkbox"/> Alaska <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai <input type="checkbox"/> Isla del Pacifico <input type="checkbox"/> Rechaza contestar <input type="checkbox"/> Blanco					
Nombre de empleo (opcional)	Nombre	Telefono			
Direccion del Empleo	Calle	Ciudad	Stado	Codigo Podtal	
Contacto de Emergencia	Nombre	Relacion con paciente	Telefono		

PERSONA RESPONSIBLE POR EL PAGO

Nombre de la persona responsable	Relacio con el paciente	Seguro Social #	Fecha de nacimiento		
Direccion	Calle	Ciudad	Estado	Codigo postal	
Direccion postal	Calle	Ciudad	estado	Codigo postal	
Numero de telefono:		Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer			
Primer Idioma (opcional)		Necesita Interprete? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (opcional)			
Nombre de Empleo (opcional)	Nombre	Telefono	Agricolal/Trabajo de bodega (opcional): <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Clase de trabajo (opcional):		

Por favor identifique la cantidad promedio de ingresos al mes para su familia:

\$

personas en su hogar

*Esta informacion es opcional , si la deja en blanco el paciente/guardian es responsable por el balance no cubierto por el seguro. Si esta seccion es completada el paciente o guardian quizas sean elegibles para costo reducido.

INFORMACION DEL SEGURO

Clase de seguro

Medicaid: ID# _____

No Iseguro

Seguro del estado ID# _____

Lastimado por trabajo

Seguro privado

Si tiene seguro privado, por favor complete lo siguiente:

Nombre de la persona portadora del seguro

Seguro ID#

Grupo #

Seguramente nosotros nos comunicaremos con el portador del seguro, por favor provea lo siguiente: Quien es la persona primaria en el seguro? (Por favor escriba exactamente como aparece en la tarjeta de seguro).

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Seguro social #

Direccion

Direccion postal en la tarjeta de seguro

calle

Ciudad

Estado

codigo

Fecha que entro en efecto:

Si tiene algun seguro secundario (opcional)

Nombre del Segundo portador de seguro

Seguro ID#

Grupo #

Direccion postal:

Calle

Ciudad

Estado

codigo

Fecha que entro en efecto:

Por favor provea su tarjeta (s) de seguro