

FORMULARIO DE REGISTRO PARA PACIENTES DE CRESCENTCARE



Página 1 de 2

Debido a que somos un centro de salud comunitario, estamos obligados a recopilar información demográfica sobre nuestros pacientes. Entendemos que esta es información personal y le agradecemos que apoye nuestra recopilación de datos para que podamos brindar un mejor servicio a nuestra comunidad. Esta información formará parte de su historia clínica confidencial.

Apellido legal + Sufijo: _____ **Nombre legal:** _____ **Inicial del segundo nombre:** _____

Nombre elegido/preferencial (si es diferente): _____ **Correo electrónico:** _____

Dirección postal/física: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____ **Número de teléfono:** _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ **Número de Seguro Social:** ____ - ____ - _____

Idioma preferencial: _____ **¿Se necesita intérprete?** Sí No

GRUPO ÉTNICO	RAZA	
<input type="checkbox"/> No hispano	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Asiático
<input type="checkbox"/> Hispano o latino/a	<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano	<input type="checkbox"/> Indio asiático
<input type="checkbox"/> Mexicano / Mexicoestadounidense / Chicano(a)	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái	<input type="checkbox"/> Chino
<input type="checkbox"/> Puertorriqueño	<input type="checkbox"/> Guameño o chamorro	<input type="checkbox"/> Filipino
<input type="checkbox"/> Cubano	<input type="checkbox"/> Samoano	<input type="checkbox"/> Japonés
<input type="checkbox"/> Elige no responder	<input type="checkbox"/> Otros habitantes de las islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Coreano
<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Vietnamita
	<input type="checkbox"/> Elige no responder	<input type="checkbox"/> Otro asiático

Pronombres del paciente: Ella Él Elle

Sexo del paciente asignado al nacer: Femenino Masculino

Orientación sexual del paciente: Heterosexual Bisexual Gay Lesbiana
 Desconocido Decide no responder Otro _____

Identidad de género del paciente: Mujer/Mujer cis Hombre/Hombre cis No binario/género queer
 Hombre transgénero/Transmasculino
 Mujer transgénero/Transfemenina
 Decide no responder Otro _____

Veterano de EE. UU./Estado militar: Servicio activo Servicio inactivo Reservista Veterano No aplica

Situación agricultor/migrante: Migrante Por temporada No aplica

Situación de vivienda: Estable/Permanente Transicional Sin hogar Vivienda compartida Calle Otro

FORMULARIO DE REGISTRO PARA PACIENTES DE CRESCENTCARE

CrescentCare
A Partnership for Life



Página 2 de 2

Directivas anticipadas: ¿Tiene alguna directiva anticipada? (Un formulario que indica cuánta atención médica desea recibir o en el que se designa a alguien para que tome decisiones médicas en caso de que usted no pueda responder): Sí No

SI EL PACIENTE TIENE 17 AÑOS O MENOS; INFORMACIÓN SOBRE LOS PADRES O TUTORES LEGALES

N.º 1 Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Relación con el paciente: _____ Número de teléfono: _____

Dirección (si es diferente a la del paciente): _____

N.º 2 Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Relación con el paciente: _____ Número de teléfono: _____

Dirección (si es diferente a la del paciente): _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO O DE LA PARTE RESPONSABLE

Nombre del asegurado: _____ Fecha de nac.: ___/___/___ Relación con el paciente: _____

Nombre del plan de salud: _____ Dirección: _____

Nombre indicado en la tarjeta del seguro: _____ Ciudad/estado/código postal: _____

Sexo registrado en el plan de seguro: _____

de la póliza de seguro: _____ Número de teléfono: _____

Médico de atención primaria: _____ Farmacia preferencial/ubicación: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre completo: _____ Relación con el paciente: _____

Número de teléfono de contacto de emergencia: _____

CESIÓN DE BENEFICIOS Y ACUERDO FINANCIERO

Autorizo el pago de todos los beneficios médicos a CrescentCare por el servicio profesional prestado. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, independientemente de que estén cubiertos o no por el seguro. En caso de impago, acepto pagar todos los costos de cobro y los honorarios razonables de los abogados.

Firma del paciente/tutor: _____ Fecha: _____