

# FORMULARIO DE REGISTRO PARA PACIENTES DE CRESCENTCARE

CrescentCare  
A Partnership for Life



## 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: \_\_\_\_\_