

FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTE ADULTO

Información Del Paciente

Número de Seguro Social _____

Primer Nombre _____ Apellido _____

Inicial 2.º nombre _____ Nombre de preferencia _____

Sexo al nacer (*marque una opción*): Hombre Mujer

Identidad sexual (*marque una opción*): Hombre Mujer De mujer a hombre/hombre transgénero
 De hombre a mujer/mujer transgénero Otro Se niega a contestar

Orientación sexual: Heterosexual Lesbiana, Gay o Homosexual Bisexual Algo Mas
 Indeciso Se niega a contestar

Fecha de nacimiento ____/____/____

Estado civil: Casado/a Soltero/a Divorciado/a Legalmente separado/a Conviviendo con

Raza (*marque todas las opciones que correspondan*): Blanco Negro/Afroamericano Asiático
 Hispano/latino Indio americano/nativo de Alaska Nativo de Hawái/islas del Pacífico
 Otro: _____ Se niega a contestar

Etnicidad (*rodee una opción*): Hispano o latino No hispano ni latino Otro Se niega a contestar

Idioma de preferencia: _____

Vivienda (*rodee una opción*) Ninguna Permanente Inestable Albergue Centro de acogida
 Institución

Ingresos estimados totales: _____ Mensuales Anuales N.º de miembros del grupo familiar: _____

Información de Empleo

Situación laboral: Empleado a tiempo completo Empleado a tiempo parcial Desempleado Jubilado
/Autónomo / Militar en activo

Nombre de Empleo _____ Número telefónico de Empleo _____

Dirección de Empleo (Calle, Ciudad, Código Postal) _____

Oficio: _____ Estado de Empleo: _____

Información de Contacto

Dirección postal _____



Ciudad _____ Estado _____ CP _____

Dirección de correo electrónico _____

Teléfono de casa _____ Celular _____ Trabajo _____

El Numero Principal: Casa Trabajo Celular

¿Se puede dejar mensaje? SÍ NO

¿Podríamos mandar mensaje de texto para recordatorios? SÍ NO

¿Como supiste de nosotros? _____

Información del Seguro

¿Tiene seguro? Sí No Nombre de la compañía de seguros _____

número de póliza _____

Tenga a mano la tarjeta del seguro o del programa médico de usted y de todos los miembros de su familia, incluida la información del seguro dental.

Contacto de Emergencia

Contacto de emergencia _____ Relación con el paciente _____

Teléfono de casa _____ Celular _____ Trabajo _____

Información del Farmacia

Farmacia _____ Locacion _____

Los siguientes documentos le ofrecen información sobre la prestación de asistencia sanitaria en los Servicios de Salud de Sheridan. Podrá recibir una copia de cada documento. Sus iniciales y su firma a continuación indican que comprende la información y que acepta las condiciones aquí resumidas.

_____ **Autorización al tratamiento:** este documento les permite a usted y a cualquier miembro de su familia de 17 años o menos del que sea usted padre, madre o tutor legal recibir tratamiento médico, psiquiátrico y dental en los Servicios de Salud de Sheridan.

_____ **Aviso de prácticas sobre privacidad en virtud de la ley HIPAA:** este aviso proporciona información sobre el uso de su información de salud. Este documento explica cuándo transmitiremos su información de salud con o sin su autorización.

_____ **Política económica:** este documento le informa de que los Servicios de Salud de Sheridan esperan que usted mantenga actualizada la información del seguro para que podamos facturar sus servicios cuando sea necesario.

_____ **Política de retrasos y pérdidas de citas:** este documento le informa de que, en caso de acumular cuatro (4) o más retrasos o pérdidas de citas, los Servicios de Salud de Sheridan podrán darle de baja en nuestra asistencia médica.

Firma del paciente/tutor: _____ Fecha: _____