axiscommunityhealth | REGISTRO DEL PACIENTE

Primer Nombre del Paciente _____ *Medio Nombre del Paciente* _____ *Apellido del Paciente* _____

Fecha de Nacimiento mes/dia/año _____ *Nombre Preferido (opcional)* _____ *Sexo al nacer:* ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Elijo no divulgar

Domicilio: Ciudad, Estado, Codigo Postal _____ *Correo Electronico* _____ *Número de Celular* (con Código postal) _____ *Número de telefono de Casa* (con Código postal) _____

YO PREFIERO SER CONTACTADO POR:

☐ MyChart ☐ Correo ☐ Telefono
☐ Correo Electronico ☐ No Contactar
☐ Sin Preferencia

CONTACTO DE EMERGENCIA:

Nombre de contacto de Emergencia _____ *Número de teléfono de contacto* (con Código postal) _____

Relación con el paciente (cónyuge, padre, etc.) _____ ☐ Cell ☐ Casa ☐ Otro

INFORMACION DE TUTORIA LEGAL

Es usted el tutor legal del paciente? ☐ Si ☐ No

Tiene documentos legales para comprobarlo? ☐ Si ☐ No

Nombre del tutor legal _____ *Fecha de Nacimiento mes/dia/año* _____

Relación con el paciente (Padre, Tutor legal, otro, etc.) _____

Ha servido en el ejército, las fuerzas armadas o los servicios unificados de los Estados Unidos? ☐ Si ☐ No

ESTADO LABORAL DEL PACIENTE

☐ Niño ☐ Desempleado ☐ Medio Tiempo ☐ Jubilado ☐ Estudiante (Tiempo Completo) ☐ Estudiante (medio-tiempo) ☐ Tiempo Completo ☐ Migrante/por temporada ☐ En servicio Militar ☐ Trabajador-Independiente ☐ Desconocido

LENGUAJE DE PREFERENCIA

☐ Español ☐ Inglés ☐ Cantonés ☐ Farsi ☐ Hmong ☐ Japonés ☐ Hindi ☐ Vietnamita
☐ Mandarín ☐ Punjabi ☐ Portugués ☐ Ruso ☐ Tagalo ☐ Coreano ☐ Urdu ☐ Otro _____

Necesita un traductor ? ☐ Si ☐ No

Tiene una discapacidad? ☐ Si ☐ No

GRUPO ETNICO DEL PACIENTE

☐ Desconocido

☐ Otro origen Hispano, Latino o Español ☐ Cubano ☐ Puertorriqueño ☐ Mexicano, Mexicoamericano o Chicano ☐ Varios origenes Mexicanos Mexicoamericanos o Chicanos ☐ No Hispano o Latino ☐ Elijo no divulgar

RAZA DEL PACIENTE

☐ Nativo de Alaska ☐ Indio Americano ☐ Indio Asiático ☐ Negro / afroamericano ☐ Chino ☐ Filipino ☐ Guameño o Chamorro ☐ Japonés ☐ Coreano
☐ Nativo Hawaiano ☐ Otro Asiático ☐ Otro orgen Isleño del Pacífico ☐ Samoano ☐ Vietnamita ☐ Blanco ☐ Elijo no divulgar ☐ Desconocido

ESTADO CIVIL DEL PACIENTE

☐ Divorciado ☐ Legalmente separado ☐ Soltero ☐ Viudo ☐ Pareja doméstica legal ☐ Casado ☐ Pareja ☐ Desconocido ☐ Otro: _____

SEGURO MEDICO

Tiene seguro medico?

SI No

$ _____ *Ingreso Bruto Mensual antes de taxes*

_____ *# de miembros en su hogar*

ESTADO DE VIVIENDA

☐ Sin hogar - Viviendo temporalmente con alguien
☐ En riesgo de quedar sin hogar
☐ Niño/a en riesgo de estar sin hogar
☐ Ahorita en hogar, pero sin vivienda en los ultimos 12 meses
☐ Sin Vivienda, y sin refugio
☐ Viviendo en un refugio
☐ No sin hogar
☐ Vivienda permanente estable
☐ Viviendo solo en hotel
☐ En la calle, campamento, puente
☐ Hogar provisional
☐ Veterano en riesgo de estar sin hogar

ORIENTACION SEXUAL DEL PACIENTE

☐ Heterosexual ☐ Bisexual ☐ Lesbiano o Gay ☐ No lo se
☐ Otro: _____ ☐ Elijo no divulgar

IDENTIDAD DE GENERO DEL PACIENTE

☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Mujer transgénero ☐ Hombre transgénero
☐ Otro _____ ☐ Elijo no Divulgar

PRONOMBRES PREFERIDOS

☐ Ella ☐ El ☐ Ellos/ellos/ suyos
☐ Otro_____ ☐ Elijo no Divulgar

Firma del Paciente/Tutor Legal _____ *Si es Tutor legal, escriba su nombre* _____ *Fecha (mes/dia/año)* _____