

CrescentCare
FORMULARIO DE REGISTRO

(En letra de imprenta)

Fecha de hoy:		Ubicación: <i>(Uso de la oficina)</i> <input type="checkbox"/> CCEF <input type="checkbox"/> CCHWC <input type="checkbox"/> PREVENCIÓN <input type="checkbox"/> HOUMA <input type="checkbox"/> Otro: _____	
INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Apellido:		Nombre de pila:	
Si tiene seguro médico, ¿cuál es el nombre que aparece en su tarjeta?			Nombre preferido:
Sexo legal: <i>(Marque una opción)</i> <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino Si bien CrescentCare reconoce una diversidad de identidades de género, lamentablemente muchas compañías aseguradoras y entidades legales no lo hacen. Tenga en cuenta que el nombre y el sexo que indicó en su seguro deben usarse en los documentos relacionados con el seguro, la facturación y la correspondencia ocasional. Si su nombre y pronombres preferidos son diferentes de estos, infórmenoslo.			
Dirección de correo postal/facturación, que incluye ciudad, estado, código postal		Dirección física, que incluye ciudad, estado, código postal (si es diferente de la dirección de correo/facturación)	
N.º de teléfono particular: ()	N.º de teléfono celular: ()	Preferencia de recordatorio de citas: <input type="checkbox"/> Llamar <input type="checkbox"/> Enviar mensaje de texto <input type="checkbox"/> No contactar	
Dirección de correo electrónico:			
Fecha de nacimiento: / /	N.º del seguro social:	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> En pareja <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo	
Raza: Marque todas las opciones que correspondan <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otra: _____		Origen étnico: <input type="checkbox"/> No, ni hispano ni latino <input type="checkbox"/> Sí, hispano/latino	
Situación de vivienda: <input type="checkbox"/> Estable/permanente <input type="checkbox"/> En transición <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> Desconocida <input type="checkbox"/> Otra: _____ <input type="checkbox"/> Comparte la vivienda <input type="checkbox"/> En la calle			
¿Qué describe <i>mejor</i> su situación de empleo? <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo parcial <input type="checkbox"/> Trabajo doméstico/cuidador <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Jubilado		¿Es estudiante? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Estudiante a tiempo completo <input type="checkbox"/> Estudiante a tiempo parcial	
Si tiene un proveedor de atención primaria externo, enumérelo aquí:			

