

## FORMULARIO DE REGISTRO PARA PACIENTES DE CRESCENTCARE

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 + sufijo: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_

Nombre elegido/preferido (si es diferente): \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección postal/física: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Pronombre del paciente:  Ella  Él  Elle (Ellos/Ellas)

Sexo del paciente asignado al nacer  Femenino  Masculino

Orientación sexual del paciente:  Heterosexual  Bisexual  Gay  Lesbiana  
 No sabe  Elige no informar este dato  Otro \_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA:** Nombre completo: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Número telefónico de contacto en caso de emergencia: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL SEGURO O DE LA PARTE RESPONSABLE

Titular del plan: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del plan de salud: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado Código postal: \_\_\_\_\_

ID de miembro: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Médico de atención primaria/Ubicación: \_\_\_\_\_

Identidad de género del paciente:  Femenino  Masculino  Hombre trans  Mujer trans  
 Elige no informar  No binario/genderqueer  Otro \_\_\_\_\_

## FORMULARIO DE REGISTRO PARA PACIENTES DE CRESCENTCARE

<u>Grupo étnico:</u>	<u>Raza:</u>	<u>Raza:</u>
<input type="checkbox"/> No hispano(a) <input type="checkbox"/> Hispano(a) o latino(a) <input type="checkbox"/> Mexicano(a) <input type="checkbox"/> Mexicano(a)-americano(a) <input type="checkbox"/> Chicano(a) <input type="checkbox"/> Puertorriqueño(a) <input type="checkbox"/> Cubano(a) <input type="checkbox"/> Elige no informar este dato.	<input type="checkbox"/> Blanco(a) <input type="checkbox"/> Negro(a)/afroamericano(a) <input type="checkbox"/> Nativo(a) de Hawái <input type="checkbox"/> Guameño(a) o chamorro(a) <input type="checkbox"/> Samoano(a) <input type="checkbox"/> Otro isleño(a) del Pacífico <input type="checkbox"/> Indio(a) americano(a)/Nativo(a) de Alaska <input type="checkbox"/> Elige no informar este dato.	<input type="checkbox"/> Asiático(a) <input type="checkbox"/> Indio(a) asiático(a) <input type="checkbox"/> Chino(a) <input type="checkbox"/> Filipino(a) <input type="checkbox"/> Japonés(a) <input type="checkbox"/> Coreano(a) <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro Asiático(a)

Veterano de Estados Unidos / Estado militar:  Servicio activo  Servicio inactivo  Reservista  Veterano

Situación agricultor/migrante:  Migrante  Estacional  No Aplica

¿El paciente ha experimentado la falta de vivienda en los últimos 12 meses?  Sí  No

¿En caso afirmativo, ha permanecido el paciente en alguno de los siguientes lugares?

Albergue para personas sin hogar  Vivienda compartida  En la calle  Otro: \_\_\_\_\_

Directivas anticipadas: ¿Tiene alguna directiva anticipada?  Sí  No

Idioma de preferencia: \_\_\_\_\_ ¿Necesita un intérprete?  Sí  No

¿Problemas visuales o auditivos?  Sí  No

### SI EL PACIENTE TIENE 17 AÑOS O MENOS; INFORMACIÓN DEL PADRE(S) O TUTOR LEGAL(S):

#1 Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección (si es diferente a la del paciente) \_\_\_\_\_

#2 Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección (si es diferente a la del paciente) \_\_\_\_\_

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