



# COMMUNITY HEALTH CENTER

## REGISTRACIÓN PARA PACIENTES NUEVOS

Nombre: (Apellido, Primero, Segundo)		Fecha de nacimiento:	Genero/Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Direccion: (nombre de calle, Apt#)		Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:
#Seguro Social:	Correo Electronico/e-mail:		No. de Licencia de conducir:	Estado de adquisición:
No. De Tel. celular:	No. De Tel del Domicilio:		No. De Tel. donde se puede dejar un mensaje:	
<u>Estado Civil:</u> <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Acompañado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a		<u>Raza/etnia con la cual mas se identifica:</u> <input type="checkbox"/> Blanca/caucasio <input type="checkbox"/> Afro-Americano <input type="checkbox"/> Latino/Hispano <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiatico		
Lugar de Nacimiento:			Alias:	
¿Tiene empleo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si ¿Adonde Trabaja?			Ctd. de tiempo desempleado:	
¿Recibe ud. algunos de estos beneficios? <input type="checkbox"/> GA <input type="checkbox"/> AFDC (Estampillas de Comida) <input type="checkbox"/> Beneficios de Desempleo			Cant. de beneficios que recibe: \$	
Nombre de Empleador:		No. de Tel de su Empleador:		
Dirección:		Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:
Fecha de contratacion:	Ingresos Anuales:		Numero de personas que viven con usted:	
Nombre de compania aseguradora:	Nombre de persona en la poliza:			
#ID :	#Grupo:	# de Tel de aseguradora:		

## INFORMACIÓN HACERCA DE SU ESPOSO/A, COMPAÑERO/A

Nombre de su Esposo/a, compañero/a (Apellido, Primer, Segundo):		Fecha de Nacimiento:	#de Seguro Social:	
¿Esta empleado el/ella?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si respondio "NO", ¿Cuanto tiempo a estado desempleado?		
Nombre de Empleador:		# de Tel del empleador:		
Direccion:		Ciudad:	Edo:	Codigo Postal:
Fecha de contratacion:	¿Tiene el/ella aseguranza medica?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Nombre de Aseguradora:	
¿Estudia El/Ella?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio-tiempo	¿Donde?	¿Cuanto tiempo a estudiado el/ella en la presente institución?

POR FAVOR LEA EL REVERSO PARA MAS INFORMACIÓN

**INFORMACIÓN DE LOS PADRES/TUTORES LEGALES(SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD)**

Nombre del Padre: (Apellido, Primer, Segundo)			Fecha de Nacimiento:	# De Seguro Social:	
Dirección: (Nombre de calle, #de APT)			Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:
¿Tiene Empleo?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Tiene aseguranza medica?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Nombre de Aseguradora:	
Nombre del Empleador del Padre:			# de Tel. del Empleador.:		
Dirección:			Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:

Nombre de la Madre: (Apellido, Primero, Segundo)			Fecha de Nacimiento:	# Seguro Social:	
Dirección: (Nombre de Calle, # de APT)			Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:
¿Tiene Empleo?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Tiene Aseguranza Medica?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Nombre de Aseguradora:	
Nombre del Empleador de la Madre:			#de Tel. del Empleador.:		
Direccion:			Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:

**Contacto de Emergencia**

Nombre: (Apellido, Primer, Segundo)	Relación al paciente:	# de Tel. del domicilio:			
		# de Tel. del Celular:			
Direccion: (Nombre de Calle, # de APT)		Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:	

**Pariente/Familiar de confianza mas cercano**

Nombre: (Apellido, Primer, Segundo)	Relación	#de Telefono:			
		# de Celular.:			

**COMO ESCUCHO DE NOSOTROS?**

<input type="checkbox"/> Amigo	<input type="checkbox"/> Panfleto	<input type="checkbox"/> Anuncio de puerta	<input type="checkbox"/> Anuncio en parada de bus	<input type="checkbox"/> Anuncio en el cine	<input type="checkbox"/> Otro:
--------------------------------	-----------------------------------	--	---	---	--------------------------------

**LA INFORMACIÓN QUE HE PROVEIDO ES VERDADERA A LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO .**

**ACUERDO DE PAGO POR TRATAMIENTO/SERVICIOS PROVEIDOS POR CENTRO DE SALUD COMUNITARIO NHW.**

Yo le doy el permiso a NHW que provea a mi y/o mi familia cuidado medico. Yo estoy totalmente conciente de mi suma responsabilidad de pagar por cualquier servicio que me es proveido a mi y/o mi familia por NHW de acuerdo con los cobros establecidos. Ademas yo autorizo que se utilizen beneficios de los cuales yo dispongo para el pago de mis citas médicas/dentales proveidas por NHW.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

CCR: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_