

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE

INFORMACION PERSONAL

Apellido del Paciente: Primer Nombre: IN:	Fecha de Nacimiento: Mes / Día / Año	Nombre Preferido:	Apellido de Madre Soltera:
Dirección: # de apt.	Ciudad:	Estado:	Codico Postal: Condado:
Teléfono Preferido: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular () -	Teléfono Alternativo: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo () -	No. de Seguro Social:	
Estado Civil (Marque uno/a): <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Compañero(a) de Vida <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Legalmente Separado <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Desconocido/ Me niego a contestar	Nombre de Esposo(a): Cual es su situación de empleo actual? <input type="checkbox"/> Desempleado(a) <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Elijo no divulgar o no contestar	Correo electrónico (Email): Esta actualmente en la escuela? <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> No Inscrito <input type="checkbox"/> Elijo no divulgar o no contestar	
Lenguaje Preferido: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____	Necesitas un traductor? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Cual es su Raza? (Marque uno/a) <input type="checkbox"/> Afroamericano(a) <input type="checkbox"/> Indio Americano(a) Nacido(a) en Alaska <input type="checkbox"/> Asiático(a) <input type="checkbox"/> Nativo(a) Hawaiano(a) <input type="checkbox"/> Isleño del Pacifico(a) <input type="checkbox"/> Blanco(a) <input type="checkbox"/> Mas de Una Raza <input type="checkbox"/> Desconocido/ Me niego a contestar	
Eres de origen hispana? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si es hispano(a) por favor verifique la origen de su etnicidad: <input type="checkbox"/> Mexicano(a), Mexicano(a) Americano(a), Chicano(a) <input type="checkbox"/> Otro(a) Hispano(a), Latino(a) o Origen Español <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Cubano(a) <input type="checkbox"/> Elijo no divulgar o no contestar
¿Estás sin hogar? (Marque uno/a): <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si esta sin hogar; Por favor especifique: (Marque uno/a): <input type="checkbox"/> En la calle <input type="checkbox"/> Inquilino <input type="checkbox"/> Refugio para Indigentes <input type="checkbox"/> Instalación de vida transitoria
¿Resides en una instalación de Vivienda Pública? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Es Usted Veterano(a) de Los EEUU? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tiene usted una Directiva Anticipada? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

ORIENTACIÓN SEXUAL E IDENTIDAD DE GÉNERO

Qual sexo le asignaron al nacer en su certificado de nacimiento original? (Marque uno): <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Me niego a contestar	¿Qué pronombres usa? (Marque uno/a.): <input type="checkbox"/> Él/Lo <input type="checkbox"/> Ella/La <input type="checkbox"/> Ellos/Ellas/Los/Las <input type="checkbox"/> Otro: _____
Usted se considera? (Marque uno/a): <input type="checkbox"/> Heterosexual (ni gay, ni lesbiana) <input type="checkbox"/> Gay, lesbiana o homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual o pansexual <input type="checkbox"/> Asexual o algo mas <input type="checkbox"/> Cuestionando o no sabe <input type="checkbox"/> Elijo no divulgar o no contestar	Para servirle mejor, cual es su identidad de genero actual? (Marque uno/a): <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre transgenero/ Hombre trans/ Mujer a hombre (FTM) <input type="checkbox"/> Mujer transgenero/ Mujer trans/ Hombre a mujer (MTF) <input type="checkbox"/> Categoría de genero adicional/ (o otro), por favor especifique: _____ <input type="checkbox"/> Elijo no divulgar o no contestar

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre del contacto	Numero de telefono del contacto:	Parentesco al paciente:
---------------------	----------------------------------	-------------------------

COMO SE ENTERO USTED DE NOSOTROS?

<input type="checkbox"/> Folleto <input type="checkbox"/> Familiar/Amigo(a) <input type="checkbox"/> Iglesia <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Evento/Feria <input type="checkbox"/> Sin Cita <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> 2-1-1 <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Periódico <input type="checkbox"/> Television <input type="checkbox"/> Revista <input type="checkbox"/> Navegador(a) <input type="checkbox"/> Otro _____	Redes Sociales; <input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> Twitter <input type="checkbox"/> Instagram <input type="checkbox"/> Correo Electronico (Email) <input type="checkbox"/> Otro: _____
---	--

INFORMACION DE SU FARMACIA PREFERIDA

Nombre de Farmacia Preferida:	Intersecciones de Farmacia Preferida:	Telefono de Farmacia Preferida:
-------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------

Certifico que la información anterior es correcta a lo mejor de mi conocimiento:

Paciente/ Firma del Padre / Tutor:

Fecha

SÓLO PARA USO DE OFICINA

Firma del personal de registro: _____

Fecha: _____