

Registro de Paciente Adulto

Chart No: _____

Por favor conteste todas las preguntas lo mejor que pueda. Sus respuestas son confidenciales. Camino Health Center utiliza la información que nos proporciona para evaluar continuamente los servicios y programas que ofrecemos. Adicionalmente, Camino Health Center depende de diferentes fondos que requieren que el centro de salud provee estadísticas sobre la población de sus pacientes. Si tiene alguna pregunta acerca de esta registración, por favor pida asistencia a la recepcionista.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE					
Apellido		Nombre		MI	Fecha de Nacimiento
Domicilio		Ciudad		Estado	Zona Postal
Otros nombres		Número de seguro social	Correo Electrónico		
Indique su teléfono primario	Teléfono de celular <input type="checkbox"/> ()	Teléfono del trabajo <input type="checkbox"/> ()	Teléfono de casa <input type="checkbox"/> ()		
Idioma Principal: _____		Necesita un intérprete: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No es Hispano/Latino		Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a			
Raza: <input type="checkbox"/> Indio American/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Otro Isleño del Pacifico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> Blanco (incluye Latino / Hispano) <input type="checkbox"/> Negro/Africano Americano					
Sexo al nacer: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino					
Identidad de género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgenero masculino/femenino a masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgenero femenino/masculino a femenino <input type="checkbox"/> Prefiero no divulgar					
Sexual Orientación: <input type="checkbox"/> Heterosexual (Preferencia por el sexo opuesto) <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> No Se <input type="checkbox"/> Lesbiana, gay o homosexual <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiero no divulgar					
Nivel más alto de educación: <input type="checkbox"/> Grado 11 o menos <input type="checkbox"/> Diploma de secundaria/GED <input type="checkbox"/> Título de Grado Asociado <input type="checkbox"/> Título de licenciatura <input type="checkbox"/> Título de graduado/profesional		Está trabajando: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Desempleado		Esta sin hogar: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Algún miembro de la familia trabaja en el campo/rancho: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Se ha preocupado de quedarse sin comida: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Tiene algún valor psicológico, espiritual o cultural que nos ayudara a proveerle mejor tratamiento: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Tiene una Directiva por Anticipado de la Atención de la Salud: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
CONTACTO DE EMERGENCIA					
Apellido		Nombre		MI	Número de teléfono: ()
Domicilio		Ciudad		Estado	Zona Postal
Relación al paciente: _____					

Firma del paciente: _____

Fecha: _____