

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
¿Cuánto peso el niño al nacer? _____ lbs _____ oz	Número de seguro social	Correo Electrónico			
Indique su teléfono primario	Teléfono de celular <input type="checkbox"/> ()	Teléfono de casa <input type="checkbox"/> ()			
Sexo al nacer: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	¿Tuvo algún problema con el niño inmediatamente después de nacer? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Por favor explique: _____				
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					
Raza: <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Otro Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> Blanco (incluye Latino / Hispano) <input type="checkbox"/> Negro/Africano Americano					
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					
Orientación sexual: <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					
Nombre del padre: _____		Nombre de la madre: _____			
Esta sin hogar: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Se ha preocupado de quedarse sin comida: <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			
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			
PERSONA RESPONSABLE					
Apellido		Nombre		MI	Fecha de Nacimiento
Domicilio		Ciudad		Estado	Zona Postal
Indique su teléfono primario	Teléfono de celular <input type="checkbox"/> ()	Teléfono de trabajo <input type="checkbox"/> ()	Teléfono de casa <input type="checkbox"/> ()		
Relación al Paciente: _____		Idioma Principal: _____			
CONTACTO DE EMERGENCIA					
Apellido		Nombre		MI	Número de teléfono: ()
Domicilio		Ciudad		Estado	Zona Postal
Relación al Paciente: _____					

Firma del paciente: _____

Fecha: _____