

Nombre del paciente _____ Número de cuenta _____

Por Favor Imprima

Forma de Registración: Nuevo _____ Revision _____

Información del paciente / Información del garantizador

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo
---------------	----------------	----------	--------

Domicilio Actual	Calle	Ciudad	Estado	Código postal
------------------	-------	--------	--------	---------------

Dirección de correo (si diferente del domicilio actual)	Calle/ Caja Postal	Ciudad	Estado	Código postal
--	--------------------	--------	--------	---------------

Número de teléfono ()	Segundo número de teléfono ()
------------------------	--------------------------------

Número de seguro social

Género <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Fecha de Nacimiento	correo electrónico
--	---------------------	--------------------

Miembros de la Familia

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Número de seguro social	Relación
---------------	----------------	----------	---------------------	-------------------------	----------

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Número de seguro social	Relación
---------------	----------------	----------	---------------------	-------------------------	----------

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Número de seguro social	Relación
---------------	----------------	----------	---------------------	-------------------------	----------

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Número de seguro social	Relación
---------------	----------------	----------	---------------------	-------------------------	----------

Idioma

Cuál es el idioma primario en su hogar?

Inglés Español Otro _____

Necesita ayuda para leer o escribir? Si No

Le gustaría un interprete durante su cita? Si No

Estado Civil

Soltero/a Casado/a Divorciado/a Separado/a Viudo/a Pareja Domestica

A quien podemos contactar en caso de emergencia?

Nombre	Numero telefónico	Relación
--------	-------------------	----------

Nombre	Numero telefónico	Relación
--------	-------------------	----------

Acerca de su trabajo

Trabajando Actualmente No estoy trabajando Trabajo por mi mismo Estudiante Militar
 Retirado/a

Si está trabajando actualmente - Nombre del empleador: _____ Numero telefónico () _____

Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
-----------	--------	--------	---------------

Experiencia con la Agricultura (Trabajo Agrícola)

1. En los pasados 2 años, ha trabajado usted o algún miembro de su familia en cualquier tipo de agricultura (trabajo agrícola) como: Preparación, riego, fumigación de el campo, viveros, huertas, siembra, cosecha, sorteando, empaque y transporte de frutas, verduras, granos, nueces, plantas, tabaco y lúpulo, flores, hierba, alfalfa, heno y otros productos agrícolas, la plantación de árboles, el trabajo con los árboles de navidad, recogiendo las agujas de pino o musgo español, teniendo cuidado de pollos, patos, pavos, vacas, cabras, ovejas, peces, almejas, etc., o hacer cualquier otro tipo de trabajo agrícola, etc. Si No
2. En los últimos 2 años, usted o algún miembro de su familia se mudó a otra área y vivió fuera de casa con el fin de trabajar en cualquier tipo de agricultura (trabajo agrícola)? Si No
3. Usted o algún miembro de su familia dejó de trabajar en la agricultura (trabajo agrícola) debido a una incapacidad o la edad (viejez)? Si No

For office use only: (YES to # 1 and #2 = **Migrant**) (YES to #1 and NO to #2 = **Seasonal**) (YES to #3 = **Aged/Disabled**)
(NO to all three = **Non-farmworker**)

Actual situación de vivienda

Por favor, seleccione la opción que mejor describe su situación de vivienda actual.

- Casa propia/Rentando casa o apartamento Viviendo con amigos o familiares Viviendo en un carro
 Viviendo en la calle Viviendo en un refugio Otros arreglos

Tamaño de la familia y el ingreso mensual

Cuántas personas viven en su hogar?

Ingreso Mensual Bruto (Estimación) (Cantidad que usted y las personas que viven con usted ganan al mes antes de impuestos)?

Autorización y Consentimiento

- Consiento que estoy presentando en la clínica de Community Health de Central Washington para examinación, el diagnóstico y / o tratamiento de mi salud, condición médica o dental.
- Doy consentimiento y autorizo a mi proveedor / médico (s) o personas designadas poder ordenar y/o realizar todos los exámenes, pruebas, procedimientos y cualquier tipo de atención que se considere necesario o conveniente para el diagnóstico y el tratamiento de mi salud, condición médica o dental
- Este consentimiento es válido para cada visita que hago a la clínica de Community Health de Central Washington a menos que sea revocada por mí en escrito.
- Yo autorizo y solicito a mi compañía de seguro a pagar directamente a Community Health de Central Washington los beneficios que hubieran sido pagados directamente a mí.
- Entiendo que mi compañía de seguro médico y / o dental puede pagar menos que la cuenta real de los servicios y que soy financieramente responsable de todos los cargos por servicios prestados a mí o mis dependientes, incluyendo el saldo restante después del pago de los posibles beneficios del seguro, los deducibles y los copagos.
- He recibido el Aviso de prácticas de privacidad: Firma: _____

Firma

Paciente / Padre / Guardián _____

Fecha: _____

