

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
-----------	--------	--------	---------------

Que tipo de seguro medico tiene?

Seguro Privado **Medicaid:** Regence Healthy Options Molina Cupón Medico Abierto
 Medicare CHPW No tengo seguro médico Otro

Número de identificación de Provider One

Nombre de seguro médico Número de identificación: Numero de grupo:
Privado:

Primer Nombre del participante principal Apellido Fecha de Nacimiento

Número de seguro social

Domicilio Actual Calle Ciudad Estado Código postal

Número telefónico () Relación al paciente:

Nombre de seguro Número de identificación: Numero de grupo: médico
segundario:

Primer Nombre del participante principal Apellido Fecha de Nacimiento

Número de seguro social

Domicilio Actual Calle Ciudad Estado Código postal

Numero telefónico () Relación al paciente:

Si usted es un paciente nuevo, ¿cómo se enteró de nosotros?

Periódico Radio/Televisión Amigo/a/familia Libro de teléfono/páginas amarillas
 Internet Evento Vino a la clínica / pasó por la clínica Referencia del medico

Restricciones privadas

¿Está bien si le enviamos correo a su dirección y / o llamamos o dejamos un mensaje sobre su salud (incluyendo los resultados de pruebas)?

Si No Si no, por favor escriba otra persona de contacto, relación, dirección y numero telefónico:

Le agradecemos que nos haya seleccionado como su proveedor de cuidado de salud. Ofrecemos servicios a las personas con seguro, los que tienen insuficiente seguro medico, y los que no tienen seguro de salud. Nuestra clínica recibe fondos del gobierno que requiere que colectemos y reportemos información acerca de nuestra población de pacientes, por lo tanto, necesitamos que usted conteste las siguientes preguntas.

Etnicidad

Hispano o Latino No Hispano o Latino No sé

¿Cuál de los siguientes grupos cree que pertenece? *Seleccione una o más de los siguientes:*

Afroamericanos Asiático Nativo Americano / Alaska Nativo de Hawái
 Islas del Pacífico Blanco / Caucásico Más de una raza No sé

Veterano de Los Estados Unidos

Es usted un veterano de las Fuerzas Armadas de Los Estados Unidos? Si No

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: _____

