



REGISTRO DEL PACIENTE

ATTACHMENT A

Por favor llene esta forma de registro si es su primera vez como paciente o necesita actualizar información en su registro. (Necesitará proporcionar su identificación, no habrá excepciones. Otros documentos pueden ser requeridos.)

RESPONSABLE DE PAGO (PADRE O TUTOR)

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Número de Seguro Social _____ Lugar de Nacimiento _____

Sexo Masculino Femenino Estado Civil _____

Etnicidad: ¿Se considera usted hispano or latino? Si No

Raza: Blanco Negro/Africano-Americano Asiático Indo Americano/Nativo de Alaska
 Nativo de Hawaii Isla del Pacífico No reportado/Rechazo reportar Más de una raza

Dirección _____ Código Postal _____

Número Telefónico (_____) _____ Número Mobil (_____) _____

INFORMACION SOBRE SUS HIJOS O DEPENDIENTES

Nombre _____ Número de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre _____ Número de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre _____ Número de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____

CONTACTO EN CASO DE UNA EMERGENCIA (ALGUNA PERSONA QUE NO VIVA CON USTED)

Nombre _____ Parentesco _____

Dirección _____ Número Telefónico (_____) _____

¿Es usted residente del Condado de San Diego? Si No

¿Que tipo de seguro médico tiene? Ninguno Medi-Cal CMS

Otro (favor de proporcionar nombre) _____

(Información de su seguro médico es necesario para propósito de factura)

¿Sirvió usted en el servicio militar? Si No

¿Tiene usted alguna discapacidad? Si No

¿Alguno de sus dependientes tiene alguna discapacidad? Si No

¿Tiene usted algun problema médico relacionado con una lesión en su trabajo? Si No

¿Necesita usted ayuda económica para pagar servicios médicos? Si No

¿Si es así, cual es su ingreso familiar mensual? \$ _____ No. de dependientes incluyendo usted _____

¿Are you homeless or living in a shelter? Si No

¿Es usted un trabajador temporal o migrante? Si No

¿Radica usted en una vivienda pública o recibe Sección 8? Si No

¿Esta usted cómodo con el idioma inglés? Si No

Firma _____

Fecha _____