



Bienvenido a San Ysidro Health

Responsabilidad financiera (Paciente ó Representante Legal)

Favor de completar este formulario de registro si es su primera vez aquí como paciente en nuestra clínica ó si necesita actualizar su registro. (Para poder registrarse debe contar con una Identificación y posiblemente otros documentos serán requeridos).

Nombre _____ Apodo _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección del Condado de San Diego ó del Sur de California:

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Otra Dirección:

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Seguro Social # _____ Estado civil _____ Apellido Materno _____

Teléfono de Casa _____ Teléfono Celular _____ Correo Electrónico _____

¿Podemos enviarle mensajes de texto SMS para recordarle de sus próximas citas? Sí No si selecciona "sí", favor de proporcionar su número de teléfono celular. Puede elegir ó cambiar a no recibir mensajes de texto en cualquier momento.

Género de nacimiento: Masculino Femenino **Género Actual:** Masculino Femenino

Identidad de Género: Masculino Femenino Transgénero masculino/F – M Transgénero femenino/M – F
No Binario Otro Elijo no revelar

Orientación sexual del paciente:

Heterosexual (No Homosexual) Homosexual Bisexual Otro Desconocido Elijo no revelar

Raza Étnica: Anglo Americano Afroamericano Asiático Indígena Americano/Nativo de Alaska
Nativo Hawaiano Isleño Pacífico No Reportado Declinar Respuesta

Origen Étnico: Hispano ó Latino No Hispano ó Latino Declinar Respuesta Otro Desconocido

Información de los menores ó dependientes:

¿Cuántas personas tiene a su cargo? (Incluyéndose usted) _____

Nombre _____ # Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____ Género: M F

Nombre _____ # Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____ Género: M F

Nombre _____ # Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____ Género: M F

Contacto en caso de emergencia (Otra persona que no sea usted):

Nombre _____ Teléfono _____ Relación _____

Información:

¿Tiene algún problema de salud como consecuencia de un accidente laboral? Sí No ¿Tiene alguna discapacidad? Sí No

¿Alguno de sus dependientes tiene alguna discapacidad? Sí No ¿Es usted Veterano? Sí No

¿Vive en una vivienda pública ó recibe ayuda de Sección 8? Sí No ¿Habla usted inglés? Sí No

¿Es usted una persona sin hogar ó vive en un albergue? Sí No ¿Es usted trabajador temporal ó migrante? Sí No

¿Necesita ayuda para pagar sus servicios médicos? Sí No

¿Qué tipo de cobertura médica tiene?: Medi-Cal Medicare Covered California Otro _____

¿Necesita que sus archivos médicos se transfieran a San Ysidro Health? Sí No

¿Cuál es su ingreso mensual? \$ _____

Firma del Paciente ó Representante Legal: _____ Fecha: _____