



Registración del Paciente Chart Number _____

Nombre: _____

Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____
Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Números de Seguro Social: _____ Sexo: _____

Dirección de Calle: _____

PO Box _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Estado Civil: _____ Estudiante: ()Tiempo Completo ()Tiempo de Parte Lenguaje Primario: _____

Etnicidad (marque uno) Hispano/Latino No-Hispano/Latino
Raza (marque uno) Indio Americano/Nativo Alaska Asiatico Negro/Africano American
 Hawaiano Isleflo Pacifico Blanco Mas de 1 raza

Características— Poblaciones Especiales (Información usada por Goshen Medical Center por ser un Centro de Cuidado de Salud Cualificado Federal el cuál ofrece la Escala Mínima dependiendo en ingreso junto cón números de miembros de familia.)

Cuánto tiempo lleva viviendo en los Estados Unidos? _____ años, _____ meses Es usted un US Veterano? Si No

Presupuesto de ingreso en el hogar (circule uno) <\$11,500 \$11,501-15,000 \$15,001-20,000 \$20,001-30,000 \$30,001-40,000
\$40,001-50,000 \$50,001-60,000 \$60,001-70,000 \$70,001-80,000 \$80,001-90,000 >\$90,000

Personas en el hogar (circule uno) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 other _____

Usted ó sus padres a trabajado los ultimos 24 meses en u'na finca en donde el trabajo principal es en agricultura ó es basada en la industria de agricultura?
 Si No Cuál tipo de trabajador le aplica? Empleo durante Todo el alio (establece hogar permanente)
 Migrante (establece hogar temporario) de Temporada (establece hogar permanente)

Tipo de Hogar para el paciente ó padre/ guardián del paciente si es menor de edad (escoja uno)
 Vivienda Publics Refugio (Sin Hogar) Doble (vive con otra persona o con otra familia)
 Renta ó Dueño de su casa Calle Transicional (vive de lugar en lugar) Otro _____

Teléfono de Casa: (____) _____ Teléfono de Trabajo: (____) _____ Teléfono Celular: (____) _____

Empleador del Paciente: _____ Dirección: _____

Nombre de Esposo/a: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Empleador del Esposo/a: _____ Dirección: _____

En caso de Emergencia, el Center puede contactar: Nombre: _____ Teléfono: (____) _____

Información de la Persona Responsable (Quién Paga las Cuentas?) Nombre: _____

Teléfono: (____) _____ Teléfono de Trabajo: (____) _____ Relación _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Empleador: _____ Número de Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Si el paciente es un menor:

Padre/Tutor legal del menor (1)

Nombre completo: _____ Teléfono: (____) _____

Relacion con el paciente: _____ Teléfono de Trabajo: (____) _____

Padre/Tutor legal del menor (2) [Si es aplicable]

Nombre completo: _____ Teléfono: (____) _____

Relacion con el paciente: _____ Teléfono de Trabajo: (____) _____

(Notificacion Importante: La Informacion listada Arriba No es Autorizada y/o Designada a un Representante Personal)

Esta visita es debido a ún Accidente/Golpe?: Si _____ No _____ Si si, Fecha del Golpe: ____/____/____

Yo certifico que la información de arriba es verdad y correcta _____
(Firma del Paciente) (Fecha)

(Firma del Padre/ Guardián si el paciente es menor) (Escriba Nombre) (Fecha)

NOTA: Recépcionista le pédira su tarjeta de seguro Y identificación con foto ántes de ser atendido por el médico. (Rev SEPT2014)