



Registración del Paciente

Chart # _____

Nombre: _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Número de Seguro Social: ____ Sexo: ____

Dirección de Calle: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

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 [] Asiano [] Negro/Africano Americano [] Hawaiano [] Isleño Pacífico [] 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 cual ofrece la Escala Mínima dependiendo en ingreso junto con número de miembros de familia.)

Cúanto tiempo lleva viviendo en los Estados Unidos? ____ años, ____ meses Es usted un US Veterano? _____

Presupuesto de ingreso en el hogar (circule uno) <\$11,100 \$11,101-15,000 \$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 _____

Si usted ó sus padres trabajan en una finca ó donde el trabajo principal es en agricultura ó es basada en la industria de agricultura por temporada, a cuál tipo de trabajador le aplica? [] Migrante (establece hogar temporario) [] Temporado (no establece hogar temporario)

Tipo de Hogar para el paciente ó padre/guardían del paciente si es menor de edad (escoja uno)

[] Renta ó Dueño de su casa [] Refugio (Sin Hogar) [] Doble (vive con otra persona o con otra familia) [] Transicional (vive de lugar en lugar) [] Calle [] 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: _____ Código Postal _____

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

Esta visita es debido a ún Accidente/Golpe?: Sí _____ No _____ Si sí, 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.