



Formulario de inscripción del paciente

Información del paciente:			
Nombre: _____			
Fecha de nacimiento: _____		Número de Seguro Social: _____	
La dirección: _____			
Número de teléfono: _____		Dirección de correo electrónico: _____	
<input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Celuar <input type="checkbox"/> Laboral		¿Se pueden enviar mensajes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Se pueden dejar mensajes o enviar mensajes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)			
Contacto de emergencia: _____		Relación: _____ Teléfono: _____	
Parte/Persona responsable - Si el paciente es menor de edad (menores de 18 años), el padre o tutor que traiga al paciente figurará como responsable:			
Nombre: _____			
La dirección: _____			
<input type="checkbox"/> Igual que el paciente			
Número de teléfono: _____		Relación con el paciente: _____	
Insurance Information:			
¿Tiene seguro médico? <i>Por favor presente su tarjeta de seguro al recepcionista médico.</i>			
<input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicare Advantage <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> No tiene seguro			
Número de póliza: _____		Número de grupo: _____	
Nombre del suscriptor en la tarjeta del seguro: _____			
Fecha de nacimiento del suscriptor: _____		Relación con el suscriptor: _____	
Información Adicional:			
Raza (marque todas las opciones que correspondan) <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Amerindio/ Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Negro/ Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No desea responder	Origen étnico <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No desea responder Idioma preferido <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro _____ ¿Necesita servicios de interpretación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Orientación sexual <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Homosexual (Lesbiana/Gay) <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> No Sabe <input type="checkbox"/> No desea responder ¿Qué sexo le fue asignado al nacer? <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> No desea responder	Identidad de género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero masculino <input type="checkbox"/> Transgénero femenino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No desea responder



Continúa la información adicional:

¿Vive en una vivienda pública? Sí No

¿Es veterano? Sí No

Condición de persona sin hogar: No es una persona sin hogar Calle (*vive al aire libre, campamento, vehículo, vivienda improvisada*)

Refugio (*refugio organizado*) Vivienda compartida (*persona que vive con otras; el arreglo se suele considerar temporal e inestable*)

Alojamiento transitorio (*transición de un entorno de persona sin hogar, no incluye prisión, programas de tratamiento institucionales, milicia, escuelas u otras instituciones*)

Trabajador agrícola migrante Sí No (*Persona que se requiere que esté ausente de un lugar de residencia permanente para conseguir un empleo remunerado realizando trabajo agrícola.*)

Trabajador agrícola temporal Sí No (*Persona que está empleada en trabajo agrícola temporal pero NO se mueve de su residencia permanente para conseguir trabajo; también puede tener otras fuentes de empleo.*)

Farmacia preferida: _____

Por favor marque con un círculo el rango a continuación que indica los ingresos anuales estimados de su hogar según la cantidad de personas que viven en su hogar. United Health Centers debe presentar esta información al gobierno federal, y esto además nos ayuda a entender mejor las necesidades de las comunidades a las que prestamos servicios. No se proporcionará información que lo/la identifique al gobierno federal. Protegemos su anonimato.

Cantidad de personas en el hogar	Rango de ingresos	Rango de ingresos	Rango de ingresos	Rango de ingresos	Rango de ingresos
1	\$0 - \$12,760	\$12,761- \$15,950	\$15,951-\$17,609	\$17,610-\$25,520	More than \$25,520
2	\$0 - \$17,240	\$17,241 - \$21,550	\$21,551-\$23,791	\$23,792-\$34,480	More than \$34,480
3	\$0- \$21,720	\$21,721- \$27,150	\$27,151-\$29,974	\$29,975- \$43,440	More than \$43,440
4	\$0- \$26,200	\$26,201-\$32,750	\$32,751-\$36,156	\$36,157-\$52,400	More than \$52,400
5	\$0- \$30,680	\$30,681-\$38,350	\$38,351-\$42,338	\$42,339-\$61,360	More than \$61,360
6	\$0-\$35,160	\$35,161-\$43,950	\$43,951-\$48,521	\$48,522-\$70,320	More than \$70,321
7	\$0-\$39,640	\$39,641-\$49, 550	\$49,551-\$54,703	\$54,704-\$79,280	More than \$79,281
8	\$0-\$44,120	\$44,121-\$55,150	\$55,151-\$60,886	\$60,887-\$88,240	More than \$88,241