

Número de cuenta del paciente _____



HUNTER
HEALTH

FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

Apellido: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Nombre: _____

Sufijo: _____ Nombre preferido: _____

Por favor, note que el nombre y sexo que figura en su seguro de salud (aseguranza) tiene que usarse en documentos relativos al seguro de salud, facturas y correspondencia. Si su nombre preferido es diferente de estos, háganos saber.

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Celular: _____

Número de Seguro Social (SSN): _____ Fecha de nacimiento: _____

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Estado civil: Soltero(a) Casado(a) Conviviente Divorciado(a) Separado(a) Viudo(a)

Idioma preferido: Inglés Español Vietnamita Otro: _____

¿Necesita intérprete? Sí No

Etnicidad: No hispano o latino Mexicano, México-americano, chicano Portorriqueño Cubano
 Otro origen hispano/latino o español Prefiero no responder

Raza: (marque todas las que correspondan)

India asiática China Filipina Japonesa Coreana Vietnamita Otra asiática

Nativa de Hawái Guamano/chamorro Samoano Otra de Islas del Pacífico

Negra/afroamericana India americana o nativa de Alaska Blanca Prefiero no responder

Sexo al nacer/Sexo asignado al nacer: Hombre Mujer

*Orientación sexual: (No se requiere para menores de 18)

- Heterosexual o Hetero (no lesbiana o gay)
- Homosexual, lesbiana o gay
- Bisexual
- Otro
- No Se
- Prefiero no responder

*Identidad de género: Actualmente me identifico como:

- Hombre
- Mujer
- Hombre Trasgenerio (mujer a hombre)
- Mujer Transgenerio (hombre a mujer)
- Otro
- Prefiero no responder

La orientación sexual y la identidad de género pueden jugar un rol significativo en determinar los resultados de salud. Por favor vaya a la recepción o pregúntele a su equipo de salud si tuviese preguntas acerca de revelar esta información.

Número de cuenta del paciente _____

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SON SOBRE LAS PERSONAS A QUIENES HUNTER HEALTH SE DEDICA A SERVIR

¿Está actualmente sin hogar? Sí No

Si respondió sí, ¿está usando lo siguiente? Refugio para personas sin hogar Vivienda transitoria Alojado con amigo/familia

En la calle Vivienda de apoyo permanente Otro, por favor especifique: _____

Por favor, indique si pertenece a alguno de estos grupos: Trabajador agrícola estacional Trabajador agrícola migrante

Otro trabajador agrícola Militar retirado de US Militar en servicio activo de US No corresponde

INFORMACIÓN DE INGRESOS Y EMPLEO

Ocupación: _____ Tiempo completo Tiempo parcial

Empleador: _____ Teléfono del trabajo: _____

de personas en el hogar _____ Ingreso total en el hogar: _____ Por año Mensual

Cada dos semanas Semanal

INFORMACIÓN SOBRE SEGURO DE SALUD (ASEGURANZA)

Por favor, llene su información de seguro de salud primario:

No tengo seguro de salud (aseguranza)

Nombre del seguro de salud: _____ Número de la póliza #: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nac. del titular de la póliza: _____

Seguro Social del titular de la póliza (SSN): _____

Relación del paciente con el asegurado: Sí mismo Esposo(a) Hijo(a) Otro _____

¿Tiene más de un seguro de salud (aseguranza)? Sí No

Si tiene un seguro de salud adicional, por favor llene la información siguiente:

Nombre del seguro de salud: _____ Número de la póliza #: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nac. del titular de la póliza: _____

Seguro Social del titular de la póliza (SSN): _____

Relación del paciente con el asegurado: El/ella mismo(a) Esposo(a) Hijo(a) Otro

SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS

Tutor legal: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre del padre: _____ Empleador del padre: _____ Teléfono: _____

Nombre de la madre: _____ Empleador de la madre: _____ Teléfono: _____

Número de cuenta del paciente _____

POR FAVOR TENGA LISTOS LOS SIGUIENTE DOCUMENTOS

ID con foto Prueba de ingresos Tarjeta de seguro de salud (*aseguranza*) ID/verificación de tribu (si corresponde)

EN CASO DE EMERGENCIA

¿Con quién debemos comunicarnos?

Nombre: _____ Apellido: _____ Relación: _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Tfno. _____

PARIENTE CERCANO O ALLEGADO:

Nombre: _____ Apellido: _____

Relación: _____ Dirección: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Tfno. _____

¿CÓMO SUPO DE NOSOTROS?

- Amigo/familiar Medios sociales (por ejemplo, feria de salud, festival) Volante/cartel en el vecindario
- Aviso de radio/TV Búsqueda de internet (por ejemplo, Google) Referido por otro proveedor de servicios de salud
- Periódico/revista local Organización de la comunidad o iglesia Otro (por favor, especifique) _____