



Departamento de Servicios al Cliente  
Registro de Pacientes

Fecha:	
Apellido:	Nombre: Segundo:
Dirección: Apto#:	Ciudad:
Estado: Código postal:	Teléfono:
Fecha de Nacimiento:	Rellene circulo apropiado - Ejemplo ●
<b>Estado civil:</b> Ejemplo ● <input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> legalmente Separado <input type="radio"/> Viudo(a)	
<b>Identidad de Género :</b> <input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Hombre transgenero/Mujer a hombre <input type="radio"/> Mujer transgenero/Hombre a mujer <input type="radio"/> U otro <input type="radio"/> Me niego a contestar	
<b>Orientación Sexual:</b> <input type="radio"/> Lesbiana u Homosexual <input type="radio"/> Heterosexual (ni homosexual, ni lesbiana) <input type="radio"/> Bisexual <input type="radio"/> Algo distinto <input type="radio"/> No se <input type="radio"/> Me niego a contestar	
<b>Seguro Social:</b>	<b>Correo Electronico:</b>
<b>Preferencia de Lenguaje :</b> Ejemplo ● <input type="radio"/> Inglés <input type="radio"/> Español <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Reuso divulgar	
<b>Origen étnico:</b> Ejemplo ● <input type="radio"/> Asiatico <input type="radio"/> Negro o Africano Americano <input type="radio"/> Hispano/Latino <input type="radio"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="radio"/> Nativo Hawaiiiano u Otro Pacifico Isleño <input type="radio"/> Blanco <input type="radio"/> Reuso divulgar	
<b>¿Tiene seguro médico :</b> Ejemplo ● <input type="radio"/> Medi-Cal <input type="radio"/> Medicare <input type="radio"/> Plan de Salud <input type="radio"/> Aseguranza Privada <input type="radio"/> sin-seguro <input type="radio"/> U otro tipo	
Ingreso Familiar: \$	¿Cuántos son en la familia:
Firma:	
Contacto de emergencia:	Teléfono:
Relación con el paciente:	
(Staff use only below this line)	
<input type="checkbox"/> New Patient	<input type="checkbox"/> Account Number
<input type="checkbox"/> Established Patient	<input type="checkbox"/> Account Number
Staff's Name: _____	
Certified Enrollment Counselor : _____	