

Por favor complete estos formularios en letra de imprenta y proporciónese los a su médico al momento de su visita.

REGISTRO DEL PACIENTE

Fecha: _____

DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE

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

Nombre del padre, madre o tutor legal Fecha de nacimiento Número de teléfono celular

Nro. de seg. soc.: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo legal: M F

¿Tiene usted alguna orientación sexual o preferencia de género que le gustaría que tengamos en cuenta? Sí No

¿Su sexo legal es diferente al sexo que le asignaron al nacer? Sí No

Si respondió de forma afirmativa a cualquiera de estas preguntas, recopilaremos información adicional sobre usted más adelante.

Dirección Dpto. N° Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono – Casa Número de teléfono – Trabajo Número de teléfono – Celular

Correo electrónico: _____ No cuenta con correo electrónico

INFORMACIÓN GENERAL

Estado civil: Divorciado Legalmente separado Casado En pareja Soltero Viudo

Necesita un intérprete: Sí No Idioma de preferencia: _____ Idioma escrito: _____

Raza: Asiática Negra India Americana Hawaiana/Isleña del Pacífico Dos o más razas Blanca

WhiteOrigen Étnico: Hispano No-Hispano

OTROS DATOS DEMOGRÁFICOS

Al seleccionar una de las casillas como el método de comunicación de preferencia, acepto recibir correspondencia de Texas Health.

Método de comunicación de preferencia:
 Sin preferencia Correo Teléfono Correo electrónico MyChart Acepta recibir mensajes de texto

¿Tiene dificultades para comunicarse o necesidades especiales de comunicación?

Discapacidad visual: Sí No Discapacidad auditiva: Sí No Necesidades especiales: Sí No

Si su respuesta es afirmativa, sírvase explicar: _____

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP)

Médico de atención primaria: _____ No me atiendo con un médico de atención primaria determinado

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre Relación con el paciente Teléfono de casa Celular

DATOS LABORALES

Nombre del empleador: _____

Estado laboral: Discapacitado Tiempo completo Medio tiempo Jubilado Estudiante Desempleado

Por favor complete estos formularios en letra de imprenta y proporcioneselos a su médico al momento de su visita.

FOR OFFICE USE ONLY:

Patient Name: _____

MRN: _____

PARTE CON RESPONSABILIDAD FINANCIERA – GARANTE **La misma que la información del paciente** (Si es diferente, por favor complete la siguiente sección.)Nombre: _____
Nombre Inicial del segundo nombre Apellido Fecha de nacimientoRelación: Cónyuge Padre Madre Otra (por favor especifique) _____

Dirección Dpto. N° Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono – Casa Número de teléfono – Trabajo Número de teléfono – Celular

Nombre del empleador: _____

Estado laboral: Discapacitado Tiempo completo Medio tiempo Jubilado Estudiante Desempleado**INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO**

Nombre Del Seguro Primario: _____ Número de identificación: _____ Número de grupo: _____

Nombre del titular Sexo: M F Relación del paciente con el titular

Fecha de nacimiento del titular Empleador

Estado laboral: Discapacitado Tiempo completo Medio tiempo Jubilado Estudiante Desempleado

Seguro Secundario: _____ Número de identificación: _____ Número de grupo: _____

Nombre del titular Sexo: M F Relación del paciente con el titular

Fecha de nacimiento del titular Empleador

Estado laboral: Discapacitado Tiempo completo Medio tiempo Jubilado Estudiante Desempleado**¿CÓMO SE ENTERÓ DE NOSOTROS?**
 Familia/Amigo Correo electrónico Aviso en un periódico/Revista Sitio web de la organización
 Búsqueda en Internet Comercial de televisión Boletín informativo de la organización
 Otros _____ Médico referente _____ Instructor _____ Entrenador _____
CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN

He leído, entiendo claramente y acepto las anteriores disposiciones referidas a: **divulgación de información médica del paciente, pautas financieras y de pago, divulgación de información y asignación de beneficios, autorización para el tratamiento de un menor de edad y prácticas de privacidad.** También certifico que toda la información proporcionada es exacta y completa.

Nombre del paciente

Firma

Fecha

Por favor complete estos formularios en letra de imprenta y proporcioneselos a su médico al momento de su visita.