

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

REGISTRO DEL PACIENTE/PATIENT REGISTRATION

DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE

FECHA / DATE: _____

Nombre legal: Primer nombre / *Legal Name: First* _____ Inicial del segundo nombre / *MI* _____ Apellido / *Last* _____ Nombre preferido / *Preferred Name:* _____

Núm. de Seguro Social / *SS#* _____ Fecha de nacimiento / *DOB:* _____

Sexo legal / *Legal Sex:* M F

Dirección / *Address:* _____ N.º de departamento / *Apt #* _____ Ciudad / *City* _____ Estado / *State* _____ Código postal / *Zip* _____

Teléfono: En casa / *Phone: Home* _____ Trabajo / *Work* _____ Celular / *Mobile* _____

Correo electrónico / *E-Mail* _____ No tiene / *No Email*

Estado civil / *Marital Status:* Divorciado/a / *Divorced* Legalmente separado/a / *Legally Separated* Casado/a / *Married* Pareja / *Significant Other* Soltero/a / *Single* Viudo/a / *Widowed*

Necesita un intérprete / *Need Interpreter* Sí / *Yes* No Idioma preferido / *Preferred Language* _____ Idioma escrito / *Written Language* _____

Raza / *Race:* Asiática / *Asian* Negra / *Black* Nativa americana / *Native American* Nativa de Hawaii o Islaña del Pacífico / *Native Hawaiian/Pacific Islander* Dos o más razas / *Two or More Races* Blanca / *White*

Origen étnico / *Ethnicity:* Hispano / *Hispanic* No hispano / *Non-Hispanic*

INFORMACIÓN DEL PADRE O TUTOR LEGAL (SI CORRESPONDE)

Nombre del padre, madre o tutor legal / *Parent/Legal Guardian Name* _____ Fecha de nacimiento / *DOB* _____ Celular / *Mobile* _____

PREFERENCIAS DE COMUNICACIÓN

Al seleccionar una de las casillas como el Método de comunicación de preferencia, acepto recibir comunicaciones y/o correspondencia de Texas Health.

Método de comunicación de preferencia / *Preferred Communication Method* Sin preferencia / *No Preference* Correo postal / *Mail* Teléfono / *Phone* Correo electrónico / *E-mail* MyChart Acepto mensajes de texto / *Accept Text Messages*

¿Tiene alguna dificultad de comunicación o necesidades especiales? / *Do you have any communication difficulties/ special needs?* Discapacidad visual / *Visually Impaired* Discapacidad auditiva / *Hearing Impaired* Necesidades especiales / *Special Needs*

Sí / *Yes* No Sí / *Yes* No Sí / *Yes* No

Si su respuesta es afirmativa, explique / *If yes, please list:* _____

Si desea recibir su información de salud por correo electrónico, la información se enviará mediante correos electrónicos cifrados a menos que usted expresamente indique lo contrario. Enviar información mediante un correo electrónico sin cifrar puede plantear cierto riesgo de que un tercero acceda a la información de salud contenida en el correo electrónico sin cifrar.

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP)

Médico de atención primaria / *Primary Care Physician* _____ No cuento con un médico de atención primaria / *No Primary Care Physician*

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre / *Name* _____ Rel. con el paciente / *Rel to Patient* _____ Teléfono de casa / *Home Phone* _____ Celular / *Mobile* _____

DATOS LABORALES

Nombre del empleador / *Employer Name* _____ Estado laboral / *Employment Status:* Discapacitado / *Disabled* Tiempo completo / *Full Time* Tiempo parcial / *Part Time* Jubilado / *Retired* Estudiante / *Student* Desempleado / *Unemployed*

**Por favor complete estos formularios en letra de impresión
y proporciónese los 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) / Same as Patient Information (If different, please complete section below)

Nombre legal: Primer nombre / *Legal Name: First* _____ Inicial del segundo nombre / *MI* _____ Apellido / *Last* _____ Fecha de nacimiento / *DOB:* _____
 Relación / Cónyuge / Padre / Madre / Otra (especifique) / *Relationship: Spouse Father Mother Other (Please Specify):* _____
 Dirección / *Address:* _____ N.º de departamento / *Apt #* _____ Ciudad / *City* _____ Estado / *State* _____ Código postal / *Zip* _____
 Teléfono: En casa / *Phone: Home* _____ Trabajo / *Work* _____ Celular / *Mobile* _____
 Nombre del empleador / *Employer Name* _____ Estado laboral / *Employment Status:* Estudiante / Tiempo parcial / Tiempo completo / Jubilado / Discapacitado / Desempleado / *Student Part Time Full Time Retired Disabled Unemployed*

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

SEGURO PRIMARIO / PRIMARY INSURANCE N.º DE IDENTIFICACIÓN / *ID #* _____ N.º de grupo / *Group #* _____
 Nombre del suscriptor / *Subscriber Name* _____ Sexo / *Sex:* M F Relación del paciente con el suscriptor / *Patient Relationship to Subscriber* _____
 Fecha de nacimiento del suscriptor / *Subscriber's DOB* _____ Empleador / *Employer* Tiempo parcial / Tiempo completo / Jubilado / Discapacitado / Desempleado / *Part Time Full Time Retired Disabled Unemployed*
SEGURO SECUNDARIO / SECONDARY INSURANCE N.º DE IDENTIFICACIÓN / *ID #* _____ N.º de grupo / *Group #* _____
 Nombre del suscriptor / *Subscriber Name* _____ Sexo / *Sex:* M F Relación del paciente con el suscriptor / *Patient Relationship to Subscriber* _____
 Fecha de nacimiento del suscriptor / *Subscriber's DOB* _____ Empleador / *Employer* Tiempo parcial / Tiempo completo / Jubilado / Discapacitado / Desempleado / *Part Time Full Time Retired Disabled Unemployed*

¿CÓMO SE ENTERÓ DE NOSOTROS?

- Familiar/amigo / *Family/Friend* Correo electrónico / *Email* Aviso en un periódico/revista / *Newspaper / Magazine Ad* Sitio web de la organización / *Organization Website* Búsqueda en internet / *Internet Search* Comercial de televisión / *Television Commercial* Boletín informativo de una organización / *Organization Newsletter*
- Otro / *Other* _____ Derivación por parte de un médico / *Referring Physician* _____ Asesor / *Coach* _____ Entrenador / *Traine* _____

CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN

Certifico que toda la información aquí proporcionada está completa y es exacta. Por medio del presente, autorizo que agencias de crédito me realicen consultas y acepto recibir llamadas automáticas con voz artificial o con mensajes previamente grabados, o que se envíen mensajes de texto a mi teléfono celular y a cualquier número de teléfono proporcionado durante mi proceso de registro. Entiendo que tanto Texas Health Resources como sus afiliados o agentes podrían llevar a cabo estos intentos de cobro; dichos afiliados o agentes incluyen, entre otros, empresas de gestión de cuentas, contratistas independientes o agentes de cobranza.

Nombre del paciente o del tutor legal (en letra de imprenta) / *Patient or Legal Guardian Printed Name* _____

Firma del paciente o del tutor legal / *Patient or Legal Guardian Signature* _____ Fecha / *Date* _____

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