

**CHATTANOOGA-HAMILTON COUNTY HEALTH DEPARTMENT
INFORMACION DE REGISTRO DEL PACIENTE**

Fecha de hoy: _____

Nombre del paciente: (apellido) _____ (primer nombre) _____ (segundo nombre) _____	
Alias / Seudónimo : _____	Apellido de soltera: _____
Fecha de nacimiento : _____	Estudiante: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo
Dirección : _____	
Apartado postal: _____	
Ciudad/Estado/Código postal : _____	
Condado: _____	
Números telefónicos : (casa) _____ (trabajo) _____ (celular) _____	
Número de Seguro Social : _____	¿Podemos llamarle? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Raza: (marque todas las que apliquen)	Sexo:
<input type="checkbox"/> Blanco/a <input type="checkbox"/> Asiático/a <input type="checkbox"/> Negro o Afro-Americano/a <input type="checkbox"/> Indio-Americano/a <input type="checkbox"/> Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Estado civil:	¿Es hispano?
<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	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Años de educación (Especifique el número de años) _____	Lengua materna:
	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otra
Nacionalidad de origen	
País de origen:	
Fecha de entrada a EEUU:	

OTRO MIEMBRO ADICIONAL DE LA FAMILIA QUE TIENE CITA EL DÍA DE HOY

Nombre del paciente : (apellido) _____ (primer nombre) _____ (segundo nombre) _____	
Fecha de nacimiento : _____	Raza: <input type="checkbox"/> Blanco/a <input type="checkbox"/> Asiático/a <input type="checkbox"/> Afro-Americano <input type="checkbox"/> Indio-Americano/a <input type="checkbox"/> Islas del Pacífico
Número de Seguro Social : _____	Sexo: _____ Hispano: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Lengua materna: _____

INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE Y DEL CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre persona responsable: (apellido) _____ (primer nombre) _____ (segundo nombre) _____	
Número de Seguro Social : _____	Parentesco / Relación : _____
Nombre del contacto de emergencia: _____	Parentesco / Relación : _____ Número telefónico: _____

TITULAR DE LA PÓLIZA DEL SEGURO DE SALUD

Nombre del titular de la póliza: (apellido) _____ (primer nombre) _____ (segundo nombre) _____	
Número de Seguro Social : _____	Parentesco / Relación : _____
Fecha de nacimiento : _____	Empleador: _____

INFORMACIÓN FINANCIERA Y DE SEGURO DE SALUD

Número de personas en la familia y salario mensual antes de pagar impuestos (Se utiliza para calcular el costo de la visita en base a la escala de ingresos.)		Seguro médico incluyendo a TennCare	
Número de personas en la familia :	\$ _____	¿Tiene usted seguro médico privado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Salario mensual del HOGAR O FAMILIA :	\$ _____	Si su respuesta es "sí", ¿pagan ellos por las vacunas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Recibe ayuda financiera debido a divorcio :	\$ _____	Seguro primario: _____	Seguro secundario: _____
Recibe indemnización por desempleo :	\$ _____	Número de identificación del seguro: _____	Número de identificación del seguro: _____
Recibe indemnización del Seguro Social (SSD):	\$ _____	Fecha de efectividad: _____	Fecha de efectividad: _____
Recibe TANF / estampillas (marque una respuesta):	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Firma de la persona responsable _____	
TOTAL:	\$ _____		