

**DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE CHATTANOOGA-HAMILTON  
INFORMACION DE REGISTRO DEL PACIENTE**

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

<b>1. Nombre del paciente:</b>	<i>(apellidos)</i>		<i>(primer nombre)</i>		<i>(segundo nombre)</i>	
<b>Alias / Seudónimo:</b>				<b>Apellido de soltera:</b>		
<b>Fecha de nacimiento:</b>				<b>Estudiante:</b>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo	
<b>Dirección:</b>				Apartado postal:		
<b>Ciudad/Estado/Código postal:</b>						
<b>Números telefónicos:</b>	<i>(casa)</i>		<i>(trabajo)</i>		<i>celular:</i>	
<b>Número de Seguro Social:</b>				<b>¿Podemos llamarle?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Raza:</b>	<b>Sexo:</b>	<b>Estado civil:</b>	<b>¿Es hispano?</b>	<b>Años de educación</b>	<b>Lengua materna:</b>	<b>Nacionalidad de origen</b>
<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	<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	(Especifique el número de años) _____	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otra	<b>País de origen:</b> <b>Fecha de entrada a EEUU:</b>

**OTROS MIEMBROS ADICIONALES DE FAMILIA QUE TIENEN CITA EL DIA DE HOY**

<b>2. Nombre del paciente:</b>	<i>(apellidos)</i>		<i>(primer nombre)</i>		<i>(segundo nombre)</i>	
<b>Fecha de nacimiento:</b>				<b>Raza:</b>	<input type="checkbox"/> Blanco/a <input type="checkbox"/> Asiático/a <input type="checkbox"/> Afro-Americano/a <input type="checkbox"/> Indio-Americano/a <input type="checkbox"/> Islas del Pacífico	
<b>Número de Seguro Social:</b>			<b>Sexo:</b>	<b>Hispano:</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Lengua materna:</b>	
<b>3. Nombre del paciente:</b>	<i>(apellidos)</i>		<i>(primer nombre)</i>		<i>(segundo nombre)</i>	
<b>Fecha de nacimiento:</b>				<b>Raza:</b>	<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	
<b>Número de Seguro Social:</b>			<b>Sexo:</b>	<b>Hispano:</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Lengua materna:</b>	

**INFORMACION DE LA PERSONA RESPONSABLE**

<b>Nombre persona responsable:</b>	<i>(apellidos)</i>		<i>(primer nombre)</i>		<i>(segundo nombre)</i>	
<b>Parentesco / Relación:</b>				<b>Número de Seguro Social:</b>		

**INFORMACION FINANCIERA Y DE SEGURO DE SALUD**

(Esta información la utilizaremos para determinar el costo de la visita de hoy, de caso contrario se le cobrará el costo total de los servicios.)

<b>Número de personas en la familia y salario mensual antes de pagar impuestos</b>			<b>TennCare o seguro médico</b>		
<b>Número de personas en la familia:</b>			<b>Nombre de la compañía:</b>		
<b>Salario mensual del HOGAR O FAMILIA:</b>			<b>Número de identificación del TennCare o seguro médico:</b>		
<b>Ayuda financiera debido a divorcio:</b>			<b>Fecha de efectividad:</b>		
<b>Indemnización por desempleo:</b>			<b>Firma de la persona responsable</b>  _____		
<b>Retiro / Pensión:</b>					
<b>Indemnización del Seguro Social (SSI):</b>					
<b>(TANF) / Estampillas / Asistencia social:</b>					
<b>TOTAL:</b>					