

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

Fecha de hoy: _____

Nombre del paciente:		<i>(apellido)</i>		<i>(primer nombre)</i>		<i>(segundo nombre)</i>	
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 :		<i>(casa)</i>		<i>(trabajo)</i>		<i>(celular)</i>	
Número de Seguro Social :				¿Podemos llamarle?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Raza: <small>(marque todas las que apliquen)</small>		Sexo:	Estado civil:	¿Es hispano?	Años de educación	Lengua materna:	Nacionalidad de origen
<input type="checkbox"/> Blanco/a <input type="checkbox"/> Asiático/a <input type="checkbox"/> Negro o <input type="checkbox"/> 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	País de origen: Fecha de entrada a EEUU:

INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE

Nombre de la persona responsable:		<i>(apellido)</i>		<i>(primer nombre)</i>		<i>(segundo nombre)</i>	
Fecha de nacimiento:		Número de Seguro Social :		Parentesco / Relación :			

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre del contacto de emergencia :		Parentesco/Relación:		Número telefónico :	
--	--	-----------------------------	--	----------------------------	--

TITULAR DE LA PÓLIZA DEL SEGURO DE SALUD (si el asegurado principal es diferente al paciente)

Nombre del titular de la póliza:		<i>(apellido)</i>		<i>(primer nombre)</i>		<i>(segundo nombre)</i>	
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 <small>(Se utiliza para calcular el costo de la visita en base a la escala de ingresos.)</small>		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 para la manutención de los hijos o 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 (SSI):		\$		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:		\$					