

**DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE HAMILTON EN CHATTANOOGA  
INFORMACIÓN DE REGISTRO DEL PACIENTE**

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

<b>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>						<b>Apartado postal:</b>	
<b>Ciudad/Estado/Código postal:</b>						<b>Condado:</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>Correo electrónico:</b>							
<b>Raza:</b> <i>(seleccione todas las que apliquen)</i>		<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/a <input type="checkbox"/> Afro-Americano/a <input type="checkbox"/> Indio-Americano/a <input type="checkbox"/> Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar		<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>

**INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE**

<b>Nombre de la persona responsable:</b>			<i>(apellidos)</i>		<i>(primer nombre)</i>		<i>(segundo nombre)</i>	
<b>Fecha de nacimiento:</b>			<b>Número de seguro social:</b>		<b>Parentesco/Relación:</b>			

**CONTACTO DE EMERGENCIA**

<b>Nombre contacto de emergencia:</b>	<b>Parentesco/Relación:</b>	<b>Número telefónico:</b>
---------------------------------------	-----------------------------	---------------------------

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

<b>Nombre del titular de la póliza:</b>			<i>(apellidos)</i>		<i>(primer nombre)</i>		<i>(segundo nombre)</i>	
<b>Número de Seguro Social:</b>			<b>Relación/Parentesco:</b>					
<b>Fecha de nacimiento:</b>			<b>Empleador:</b>					

**INFORMACIÓN FINANCIERA Y DE SEGURO DE SALUD**

<b>Número de personas en la familia y salario mensual antes de pagar impuestos</b> <i>(Se utiliza para calcular el costo de la visita con base a la escala de ingresos)</i>		<b>Seguro médico incluyendo TennCare</b>					
<b>Número de personas en la familia:</b>		<b>¿Tiene usted seguro médico privado?</b>				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Salario mensual del HOGAR O FAMILIA:</b>		<b>Su seguro, ¿paga por las vacunas?</b>				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Recibe ayuda financiera para la manutención de los hijos do debido a divorcio:</b>		<b>Seguro Primario:</b>		<b>Seguro Secundario:</b>			
<b>Recibe indemnización por desempleo:</b>		<b>Número de identificación</b>		<b>Número de identificación</b>			
<b>Recibe indemnización del seguro social (SSI):</b>		<b>Fecha de efectividad:</b>		<b>Fecha de efectividad:</b>			
<b>Recibe TANF / estampillas (marque una respuesta):</b>		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<b>Firma de la persona responsable</b>			
<b>TOTAL:</b>							