

DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE HAMILTON
INFORMACIÓN DE REGISTRO DEL PACIENTE

Fecha de hoy: _____

| | | | | | | |
|--|---|---|--|---|--|---|
| Nombre del paciente: (apellidos) | | (primernombre) | | (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 | | |
| Correo electrónico: | | | | | | |
| Raza: (seleccione todas las que apliquen) | Sexo: | Estado civil: | ¿Es hispano? | Años de educación (Especifique el número de años) | Lengua materna: | Nacionalidad de origen |
| <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 | _____ | <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: (apellidos) | | | (primernombre) | | (segundo nombre) | |
| Fecha de nacimiento: | | Número de seguro social: | | Parentesco/Relación: | | |

CONTACTO DE EMERGENCIA

| | | |
|---------------------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| Nombre 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: (apellidos) | | | (primernombre) | | (segundo nombre) | |
| Número de Seguro Social: | | Relación/Parentesco: | | | | |
| 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 con base a la escala de ingresos) | | Seguro médico incluyendo 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: | | Su seguro, ¿paga por las vacunas? | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Recibe ayuda financiera para la manutención de los hijos do debido a divorcio: | | Seguro Primario: | | Seguro Secundario: | |
| Recibe indemnización por desempleo: | | Número de identificación | | Número de identificación | |
| 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: | | | | | |