

**FORMULARIO DE REGISTRO DE ANUAL**

**Nombre del Paciente** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_\_ **Edad** \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

**Si un menor** \_\_\_\_\_  
Nombre de la Madre/Tutor Legal Relacion Nombre del Padre/Tutor Legal Relacion

**Sex:** ( ) Masculino ( ) Femenino ( ) U **Seguro Social #** \_\_\_\_\_

**Genero:** ( ) Masculino ( ) Femenino ( ) Transexual Masculino ( ) Transexual Femenino ( ) Other ( ) Niega Reportar

**ORIENTACION SEXUAL:** ( ) Lesbiana, gay u homosexual ( ) Recto o heterosexual ( ) Bisexual ( ) Algo diferente ( ) No se ( ) Niega Reportar

**Dirección Postal** \_\_\_\_\_ **Apto.** \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ ¿Mejor método de contacto?  Casa  Celular  
**Estado Civil**  Soltero  Casado  Divorciado  Viudo  Separado  Compañero de Vida  Legalmente Separado  Desconocido

**Contacto de Emergencia** \_\_\_\_\_ **Teléfono** \_\_\_\_\_  
Relación al Paciente \_\_\_\_\_

**Idioma**  Chino  Inglés  Francés  Alemán  Italiano  Japonés  Lenguaje de Señas  Español  
 Otro (por favor indique Idioma) \_\_\_\_\_  No Reportado/Se negó a informar

**Raza**  Indio Americano o Nativo de Alaska  Asiático  Negro/AfroAmericano  Nativo de Hawaii  Otros Isleños del Pacífico  
 No Reportado/Se negó a informar  Blanco

**Grupo Étnico**  Hispano/Latino  No es Hispano/Latino  No Reportado/Se negó a informar

**Vivienda**  Vivienda Pública  Indigente en Refugio  Doblando  Otro  En la Calle  Transicional  Desconocido

**Agrícola**  Depende de Trabajador Migrante  Depende de Trabajador de Temporada  Trabajador Migrante  
 No Trabajador Agrícola  Trabajador de Temporada

**Correo Electrónico** \_\_\_\_\_

**¿Tiene una Directiva Avanzada Médica?**  Sí  No *Si la respuesta es Sí, por favor, proporcione una copia de la información a su proveedor de atención médica para ser colocado en su historial médico.*

**El Centro Médico ReGenesis ofrece una farmacia interna dentro de nuestra ubicación en Church Street. Si desea que su receta sea administrada en nuestra ubicación, por favor marque aquí.**  De otra manera, por favor escriba el nombre, dirección y teléfono de la Farmacia de su preferencia:

**YO AUTORIZO EL COMPARTIR MI INFORMACIÓN MÉDICA CON LAS SIGUIENTES PERSONAS:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente (Padre/Madre/Tutor) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**FORMULARIO DE REGISTRO DE ANUAL**

Page 1

**¿Como le gustaría ser contactado con respecto a las citas, tratamiento u otra información relativa a su cuidado?**

\_\_\_\_ Correo \_\_\_\_ Teléfono de Casa \_\_\_\_ Teléfono del Trabajo

Si tiene una maquina de mensajes, ¿podemos dejar un mensaje no específico con respecto a las citas, o otra información relativa a su cuidado? \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No

Si usted no autoriza el uso de cualquiera de estos métodos y, a continuación, escriba cualquier método alternativo que se pueda utilizar para ponerse en contacto con usted: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente (Padre/Madre/Tutor) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

¿Es Usted un Veterano?  Si  No ¿Es Usted un Migrante?  Si  No

Ingreso Anual del Hogar \_\_\_\_\_ Tamaño de la Familia \_\_\_\_\_ (solo para propósitos de información)

**Estado de Empleo**  Tiempo Completo  Medio Tiempo  Desempleado **Estudiante**  Tiempo Completo  Medio Tiempo  Ninguno

**INFORMACIÓN DE SEGUROS (Por favor proveer copias de todas las tarjetas de seguro médico)**

\*Se requieren co-pagos al momento de la visita y/o el pago de los servicios que no están cubiertos por el seguro médico.\*

Seguro Privado  Pago Propio  Compensación de Trabajador  Discapacitado  Otro

Nombre del Plan (Seguro Primario) \_\_\_\_\_

Número del Certificado/Plan \_\_\_\_\_ Fecha Efectiva \_\_\_\_\_

Nombre del Plan (Otro Seguro) \_\_\_\_\_

Número del Certificado/Plan \_\_\_\_\_ Fecha Efectiva \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL GARANTE (Persona responsable financieramente por cualquier saldos del paciente)  Marque si igual al paciente**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Relación al Paciente \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_

Dirección Postal \_\_\_\_\_ Apto. \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ ¿Mejor método de contacto?  Casa  Celular

**INFORMACIÓN DEL SUSCRIPTOR (Persona que lleva el seguro)  Marque si igual al paciente**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Relación al Paciente \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_

Dirección Postal \_\_\_\_\_ Apto. \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ ¿Mejor método de contacto?  Casa  Celular

\* Autorizo la divulgación de cualquier información médica de mi expediente a la mencionada compañía de seguros para procesar mi reclamo. Entiendo que soy responsable de todos los cargos no cubiertos por el seguro u otras formas de beneficios.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente, Tutor o Representante Legal / Fecha