



## Formulario de Registro de pacientes de CRCHC

Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viuda(o)			
Idioma primario <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____ ¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Nombre legal completo del paciente:		Fecha de nacimiento:	Seguro social:
Si el paciente es un menor, nombre del padre o del tutor legal:			Referido por:
Dirección:			
Ciudad:		Estado:	Código postal:
			Condado:
Correo electrónico:		Teléfono residencial #	Teléfono celular #
¿Le gustaría registrarse para el portal del paciente? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Consentimiento para mensajes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si no puede comunicarse conmigo: <input type="checkbox"/> Puede dejar un mensaje detallado <input type="checkbox"/> Deje un mensaje pidiendo que devuelva la llamada			

<p><b>Raza ( Seleccione todos los que apliquen)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska</p> <p><input type="checkbox"/> Asiático</p> <p><input type="checkbox"/> Negro/ Afroamericano</p> <p><input type="checkbox"/> Blanco caucásico</p> <p><input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano</p> <p><input type="checkbox"/> Otro</p> <p><input type="checkbox"/> Otros isleños del Pacífico</p> <p><input type="checkbox"/> Más de una raza</p> <p><input type="checkbox"/> Elijo no revelar</p> <p><b>Origen étnico</b></p> <p><input type="checkbox"/> Hispano o Latino</p> <p><input type="checkbox"/> No Hispano o Latino</p> <p style="text-align: center;"><b>Farmacia Preferida</b></p> <p>Nombre _____</p> <p>Dirección _____</p> <p>_____</p>	<p><b>Orientación Sexual</b></p> <p><input type="checkbox"/> Heterosexual (no lesbiana o homosexual)</p> <p><input type="checkbox"/> Lesbiana o Homosexual</p> <p><input type="checkbox"/> Bisexual</p> <p><input type="checkbox"/> No se</p> <p><input type="checkbox"/> Otro (asexual, pansexual)</p> <p><input type="checkbox"/> Elijo no revelar</p> <p><b>Identidad Sexual</b></p> <p><input type="checkbox"/> Hombre</p> <p><input type="checkbox"/> Mujer</p> <p><input type="checkbox"/> Mujer transgénero (<i>hombre a mujer</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Hombre transgénero (<i>de mujer a hombre</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Otro</p> <p><input type="checkbox"/> Elijo no revelar</p> <p><b>Sexo asignado al nacer:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Mujer</p> <p><input type="checkbox"/> Hombre</p> <p><input type="checkbox"/> Elijo no revelar</p> <p style="text-align: center;">¿Trabajado migrante estacional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p style="text-align: center;">¿Es un veterano? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p><b>¿En dónde vive?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Alquiler o casa propia/ Apartamento</p> <p><input type="checkbox"/> Vivienda Pública</p> <p><input type="checkbox"/> Albergue</p> <p><input type="checkbox"/> Calle/coche</p> <p><input type="checkbox"/> Viviendo con alguien (<i>viviendo con amigos o familiares</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Transicional (<i>vivo lugar a lugar</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Otro _____</p> <p>Número de personas en el hogar: Adultos _____ Niños _____</p> <p><b>Rango de ingresos del hogar:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Menos de \$12,000</p> <p><input type="checkbox"/> \$12,000 – \$20,000</p> <p><input type="checkbox"/> \$20,000-\$40,000</p> <p><input type="checkbox"/> \$40,000-\$60,000</p> <p><input type="checkbox"/> Mas de \$60,000</p>
--	--	--

Firma del paciente (o tutor) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_