



Formulario de Registro de pacientes de CRCHC

Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorcio <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viuda				
Idioma primario <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otros _____		¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nombre legal completo del paciente:		Fecha de nacimiento:	Seguridad 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				

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

Firma del paciente (o tutor) _____ Fecha _____