

**Formulario de Registración**

Apellido		Nombre Legal			Nombre de preferencia (si es distinto)			
Dirección				Apt.	Ciudad		Estado	Código postal
Número de teléfono: (Celular) _____ (Casa/Hogar) _____ (Trabajo) _____								
Número de seguro social - -		Fecha de Nacimiento Mes / Día / Año			Correo electrónico			
Si tienes 17 años o menos edad: Nombre de su padres o guardián legal					Apellido de soltera de madre			
<b>Yo soy:</b> <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Compañero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)		<b>Grado de estudio más alto:</b> <input type="checkbox"/> Menos de escuela secundaria <input type="checkbox"/> Escuela Secundaria o equivalente <input type="checkbox"/> Algún estudio Universitario <input type="checkbox"/> Título Universitario		<b>Yo soy:</b> <input type="checkbox"/> Estudiante - tiempo completo <input type="checkbox"/> Estudiante - medio tiempo <input type="checkbox"/> No estudiante  <b>Yo trabajo:</b> <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> No Trabajo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Retirado		<b>Ingreso:</b> \$ _____ <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual  <b>El número de dependientes:</b> _____		
<b>Etnicidad:</b> <input type="checkbox"/> Hispano / Latino <input type="checkbox"/> No-Hispano <input type="checkbox"/> No declarada / Negado		<b>Raza:</b> <input type="checkbox"/> Indio Americano / Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Otro / Isleño Pacifico <input type="checkbox"/> Negro / Americano Africano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> No declarada / Negarse a reportar			<b>¿Qué idioma habla?</b> <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Cantónese <input type="checkbox"/> Mandarín <input type="checkbox"/> Bengalí <input type="checkbox"/> Otro: _____			
<b>País de nacimiento:</b> _____		<b>Mi sexo legal es (en tarjeta de seguro médico o identificación):</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		<b>¿Cómo nos referimos hacia usted?</b> <input type="checkbox"/> El <input type="checkbox"/> Ustedes <input type="checkbox"/> Ella <input type="checkbox"/> No listado		<b>Identidad de género:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Queer/Género no conforme <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No deseo responder <input type="checkbox"/> Hombre Transgénero <input type="checkbox"/> No está en la lista: <input type="checkbox"/> Mujer Transgénero   _____		
<b>Genero asignado al nacer:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Intersexual <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar				<b>Orientación sexual:</b> <input type="checkbox"/> Lesbiana/Gay <input type="checkbox"/> No deseo responder <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> No está en la lista: _____ <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> No sé				

**¿Alguna vez ha servido en el Servicio Militar?**

- No  
 Si, Servicio Militar de Estados Unidos  
 Si, Servicio Militar de otro país

**Si he servido , en este instante:**

- Servicio activo       En la Guardia Nacional  
 En las Reservas       Retirado, no enlistado

**¿Cómo se enteró de nuestro centro?**

- Amistad / Familiar  
 Folleto  
 Internet \_\_\_\_\_  
 Plan Medico  
 Escuela  
 311  
 Redes Sociales \_\_\_\_\_  
 Otro \_\_\_\_\_

**Mi farmacia**

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

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**Si tengo una emergencia por favor llame:**

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

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**Autorización para tratamiento medico**

Al firmar yo estoy de acuerdo que los proveedores médicos de Community Healthcare Network (CHN) me pueden proveer los siguientes servicios:

- Cuidado y tratamiento médico      ◦ Radiografías      ◦ Pruebas de laboratorio      ◦ Medicamentos

Entiendo que no necesito obtener servicios de planificación familiar para obtener otros servicios en CHN.

\_\_\_\_\_  
 Firma de paciente

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Firma de padres o guardia legal  
 (Si el paciente es 17 años o menor de edad)

\_\_\_\_\_  
 Relación

\_\_\_\_\_  
 Fecha

**Autorización de historia medico**

Entiendo que mi historial médico es privado. Estoy de acuerdo que no será compartido con nadie sin mi permiso por escrito, excepto si es necesario por:

- El médico o hospital que me brinde cuidado médico o tratamiento
- Una persona o una compañía de seguro que paga para mis servicios médicos
- Una compañía de seguro que ayuda con otras actividades para apoyar mis servicios médicos al CHN

Estoy de acuerdo que el pago de mis beneficios de seguro sean hechos directamente a CHN

\_\_\_\_\_  
 Firma de paciente

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Firma de padres o guardia legal  
 (Si el paciente es 17 años o menor de edad)

\_\_\_\_\_  
 Relación

\_\_\_\_\_  
 Fecha

**Aviso de los derecho del Paciente**

He recibido el folleto para Paciente cual incluye los Derecho del Paciente y tiene información de los servicios disponibles en Community Healthcare Network.

\_\_\_\_\_  
 Firma de paciente

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Firma de padres o guardia legal  
 (Si el paciente es 17 años o menor de edad)

\_\_\_\_\_  
 Relación

\_\_\_\_\_  
 Fecha