



FORMULARIO DE REGISTRO

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____
Primer nombre segundo nombre apellido

Fecha de nacimiento: _____ Sexo de nacimiento: ☐ Masculino ☐ Mujer Número de Seguro Social: _____

Dirección de domicilio: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono del trabajo: _____

¿Le gustaría recibir mensajes de voz?

- ☐ Sí
☐ No, no des mensajes de voz.

¿Le gustaría recibir mensajes de texto?

- ☐ Sí, doy mi consentimiento para recibir mensajes SMS de CMWC USA.
Responda STOP para darse de baja; responda HELP para obtener ayuda; se aplican tarifas de mensajes y datos; la frecuencia de los mensajes puede variar. www.cmwcusa.org/privacypolicy
☐ No, no doy mi consentimiento.

Correo electrónico: _____

Community Medical Wellness Center es un Centro de Salud Calificado por el Gobierno Federal y está OBLIGADO a obtener información demográfica de todas las personas que reciben servicios en CMWC. Cuando comparte su información demográfica, esta se mantiene confidencial. Nos ayudará a brindarle la mejor atención posible y nos permitirá mantener los fondos para ofrecer servicios de atención médica esenciales.

1. Raza (marque TODAS las opciones que apliquen)

- ☐ Indio americano/nativo de Alaska
☐ asiático
☐ Negro o afroamericano
☐ birmano
☐ camboyano/jemer
☐ hmong
☐ laosiano
☐ Nativo hawaiano
☐ Otros isleños del Pacífico
☐ tailandés
☐ Blanco
☐ Otro _____
☐ Negarse a especificar

2. Etnicidad (Seleccione uno)

- ¿Eres hispano o latino?
☐ Sí ☐ No
☐ Centroamericano
☐ cubano
☐ mexicano
☐ puertorriqueño
☐ salvadoreño
☐ Otro _____
☐ Negarse a especificar

3. Idioma que se habla en casa:

4. ¿Necesita servicios de interpretación?

- ☐ Sí ☐ No

5. ¿Es usted un veterano?

- ☐ Sí ☐ No

6. ¿Es usted un trabajador agrícola migrante o estacional?

- ☐ Sí ☐ No

7. Género actual

- ☐ Masculino ☐ Femenino
☐ Transgénero (de hombre a mujer)
☐ Transgénero (de mujer a hombre)

8. ¿Se considera a sí mismo como? (Marque uno)

- ☐ Straight o heterosexual ☐ Bisexual
☐ Lesbiana o gay ☐ Otro ☐ Prefiero no divulgarlo

9. Situación de vivienda actual:

- ☐ Doble ocupación (viviendo con amigos o familiares)
☐ Transicional ☐ Calle/Campamento ☐ Refugio
☐ Casa/Apartamento ☐ Otro _____



INFORMACIÓN FINANCIERA

¿Actualmente tiene seguro de salud? ☐ Sí ☐ No

Nombre del seguro: _____ ¿Cuántos familiares hay en el hogar? _____

Ingresos totales del hogar: incluya los beneficios de seguridad social/discapacidad/desempleo, manutención infantil, pensión alimenticia, etc., recibidos.:

No puede ser \$0: debe informar cómo se está sustentando:

\$ _____ (seleccione uno) semanalmente/cada dos semanas/mensualmente/anualmente

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Relación _____ Teléfono#: _____

SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD: Por favor, indique el nombre del padre o la madre que es responsable de este niño.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación: ☐ Padre ☐ guardián

Afirmo que las declaraciones realizadas en este documento son verdaderas y correctas según mi leal saber y entender.

X
Firma del paciente/persona responsable

Fecha

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

Clínica Domiciliaria: _____ Datos Ingresados por: _____ Fecha: _____