

INFORMACIÓN SOBRE EL REGISTRO DE PACIENTESDistrito de Salud del Condado de Morrow
Scan into MPI under Chart**Nombre del paciente:** _____
Hombre ___ Mujer ___ (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)**Fecha de nacimiento:** _____

Nombre de preferencia: _____

Pronombres de preferencia: _____

Número de licencia de conducir y estado: _____

Número de Seguro Social: _____

Preferencias:*Etnia: Hispano o latino/no hispano o latino/otro/se niega a responder**Raza: Blanco/nativo estadounidense, nativo de Alaska/negro, afroestadounidense/nativo de Hawái, de las Islas del Pacífico/se niega a responder***Idioma principal:** Inglés/español/otro: _____¿Necesita que un intérprete esté presente en la consulta? S / N _____

¿Tiene alguna necesidad especial que debamos conocer para facilitar la consulta? _____

Número de teléfono principal: _____ Otro número de teléfono: _____

Número del trabajo: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Empleado (a tiempo completo o parcial)/jubilado/desempleado/estudiante Empleador: _____(ENCIERRE UNA OPCIÓN EN UN CÍRCULO)

Dirección del empleador: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección de correo electrónico del paciente: _____

Estado civil: Soltero/casado/viudo/divorciado**Nombre del cónyuge (o padre/tutor si el paciente es menor de edad):** _____

Número de teléfono: _____ Fecha de nacimiento: _____

Empleador: _____ Número del trabajo: _____

Persona responsable de la cuenta (si no es el paciente): _____

Número de teléfono: _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Empleador: _____ Número del trabajo: _____

En caso de emergencia, póngase en contacto con: _____(Pariente vivo más cercano)Número de teléfono: _____ Relación: Madre/padre/hijo/pareja /cónyuge/otro: _____(ENCIERRE UNA OPCIÓN EN UN CÍRCULO)**Segundo contacto de emergencia:** _____(Pariente o no pariente)Número de teléfono: _____ Relación: Madre/padre/hijo/pareja /cónyuge/otro: _____(ENCIERRE UNA OPCIÓN EN UN CÍRCULO)**Entregue en recepción una copia de su tarjeta de seguro médico y un documento de identidad con fotografía para su expediente.**

FIRMA

(Relación con el paciente si es menor de edad)

FECHA