

# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE

Eff 5/23/11

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Médico de cabecera (PCP): \_\_\_\_\_

Número telefónico :(Celular) \_\_\_\_\_ (Casa) \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico : \_\_\_\_\_

---

**Información del suscriptor:**     El paciente es el suscriptor.

Si no es el paciente, favor de completar:                      Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_

Nº de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Nº de tel.: \_\_\_\_\_

---

**¿Está usted recibiendo ALGÚN TIPO de servicios de atención en el hogar? Sí:  No:**

**(si respondió que sí, favor de completar debajo)**

Proveedor de atención en el hogar: \_\_\_\_\_ Nº de tel.: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

---

**Información del empleador:**

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Nº de tel.: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

---

**Contacto en caso de emergencias:**                      Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Nº de tel.: \_\_\_\_\_

Dirección (si se diferencia de la del paciente): \_\_\_\_\_

---

**Garante (Si el paciente es menor de 18 años):**

Nombre: \_\_\_\_\_ Nº de tel.: \_\_\_\_\_

Dirección (si se diferencia de la del paciente): \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

## Raza/Etnia/Idioma:

NRH está recolectando información de raza, origen étnico e idioma principal preferido de todos los pacientes, con el fin de satisfacer mejor las necesidades de las comunidades que atendemos. Esta información será utilizada para asegurarnos de que todos los pacientes estén recibiendo la atención adecuada y de la mejor calidad. Por favor, complete la siguiente sección y refiérase a la tarjeta con apuntes para descripciones adicionales.

### ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES DESCRIBE MEJOR SU RAZA? (Puede elegir más de una)

*La raza es el grupo racial o los grupos raciales con quienes usted se identifica, presenta características físicas similares u orígenes sociales y geográficos similares.*

- |                                   |   |   |
|-----------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asiática | <input type="checkbox"/> Se niega a responder               | <input type="checkbox"/> Diversas razas                   |
| <input type="checkbox"/> Negra    | <input type="checkbox"/> Nativa de Hawai/Islas del Pacífico | <input type="checkbox"/> India americana/Nativa de Alaska |
| <input type="checkbox"/> Blanca   | <input type="checkbox"/> Hispana                            | <input type="checkbox"/> Otra                             |
|                                   |   | <input type="checkbox"/> Se desconoce                     |

### ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES DESCRIBE MEJOR SU ORIGEN ÉTNICO? (Puede elegir más de una)

*El origen étnico se refiere a sus antepasados, su herencia, cultura, ancestros o, en ocasiones, el país donde usted nació.*

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Afroamericano   | <input type="checkbox"/> Colombiano           | <input type="checkbox"/> Coreano                        |
| <input type="checkbox"/> Africano        | <input type="checkbox"/> Cubano               | <input type="checkbox"/> Laosiano                       |
| <input type="checkbox"/> Americano       | <input type="checkbox"/> Se niega a responder | <input type="checkbox"/> Mexicano                       |
| <input type="checkbox"/> Asiático        | <input type="checkbox"/> Dominicano           | <input type="checkbox"/> Medio Oriente/África del Norte |
| <input type="checkbox"/> Indio de Asia   | <input type="checkbox"/> Europeo del este     | <input type="checkbox"/> Otro                           |
| <input type="checkbox"/> Brasileño       | <input type="checkbox"/> Europeo              | <input type="checkbox"/> Portugués                      |
| <input type="checkbox"/> Camboyano       | <input type="checkbox"/> Filipino             | <input type="checkbox"/> Puertorriqueño                 |
| <input type="checkbox"/> Caboverdeano    | <input type="checkbox"/> Guatemalteco         | <input type="checkbox"/> Ruso                           |
| <input type="checkbox"/> Caribeño        | <input type="checkbox"/> Haitiano             | <input type="checkbox"/> Salvadoreño                    |
| <input type="checkbox"/> Centroamericano | <input type="checkbox"/> Hondureño            | <input type="checkbox"/> Suramericano                   |
| <input type="checkbox"/> Chino           | <input type="checkbox"/> Japonés              | <input type="checkbox"/> Se desconoce                   |
|  |   | <input type="checkbox"/> Vietnamés                      |

### ¿CUÁL ES SU IDIOMA PRINCIPAL PREFERIDO?

- |                                    |  |                                   |  |                                    |
|------------------------------------|--|-----------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Árabe     | <input type="checkbox"/> Inglés            | <input type="checkbox"/> Italiano | <input type="checkbox"/> Portugués         | <input type="checkbox"/> Tamil     |
| <input type="checkbox"/> Burmés    | <input type="checkbox"/> Francés           | <input type="checkbox"/> Coreano  | <input type="checkbox"/> Ruso              | <input type="checkbox"/> Vietnamés |
| <input type="checkbox"/> Camboyano | <input type="checkbox"/> Griego            | <input type="checkbox"/> Mandarín | <input type="checkbox"/> Lenguaje de señas |                                    |
| <input type="checkbox"/> Cantonés  | <input type="checkbox"/> Guyaratí/Haitiano | <input type="checkbox"/> Otro     | <input type="checkbox"/> Español           |                                    |
| <input type="checkbox"/> Creol     | <input type="checkbox"/> Hindi             | <input type="checkbox"/> Polaco   | <input type="checkbox"/> Swahili           |                                    |