

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 | |