

FORMULARIO DE INSCRIPCION DEL PACIENTE

* INDICA CAMPO REQUERIDO

*NOMBRE DEL PACIENTE: _____ *FECHA DE NACIMIENTO: _____

*DIRECCION: _____

*CIUDAD: _____ CODIGO POSTAL: _____ *CONTACTO PREFERIDO # CASA
 CEL

*NUMERO TELEFONICO: (CASA) _____ (CEL) _____

*CORREO ELECTRONICO: _____

RECORDATORIOS DE CITAS: TEXTO LLAMADA TELEFONICA CORREO ELECTRONICO

ESTADO CIVIL: _____ *MEDICO DE CABECERA: _____

*SUBSCRIPTOR DEL SEGURO: EL PACIENTE ES EL SUBSCRIPTOR (Si es diferente al paciente, Por favor complete lo siguiente)

Nombre del Subscriptor: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Direccion: _____ TEL#: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ TEL# _____

DIRECCION (Si es diferente de la del paciente): _____

RELACION CON EL PACIENTE: _____

*Esta recibiendo ALGUN TIPO de servicios domiciliarios? SI NO

(Si respondio si, complete lo siguiente)

Proveedor de Atencion Domiciliaria: _____ Tel# _____

Direccion: _____

EMPLEADOR: (debe completarse solo para reclamos de compensación de trabajadores)

Nombre del Empleador: _____ Tel# _____

Direccion: _____

PLEASE COMPLETE OTHER SIDE →

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 | |