CENTROS DE ATENCIÓN FAMILIAR DAMIAN, INC.
FORMULARIO DE PRE-REGISTRO DEL PACIENTE

(Por favor, escriba en letra de molde) Paciente/Pariente/Tutor:
Complete toda la información aplicable y firme el formulario

SECCIÓN I: INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente:

Apellido:_____

Nombre: _____

Segundo nombre:_____

Título: ☐ Sr. ☐ Sra. ☐ Srta. ☐ Sra.

Estado civil (circule uno): Soltero / Casado / Divorciado / Separado / Viudo

Dirección: _____ Apartado Postal (si aplica):_____

Ciudad/Estado/Código Postal:_____

Número de Seguro Social: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Edad: _____

Teléfono de casa: ( ) _____-_____

Ocupación: _____

Correo electrónico: _____

Empleador: _____

Teléfono del empleador: ( ) _____-_____

¿Es usted veterano? ☐ Sí ☐ No

Etnicidad:
☐ Hispano o Latino
☐ No Hispano o Latino
☐ Prefiero no especificar

Raza (si es multirracial, seleccione todas las que correspondan):
☐ Blanco (Caucásico)
☐ Nativo americano o nativo de Alaska
☐ Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico
☐ Negro o afroamericano
☐ Medio Oriente o norte de África
☐ Asiático
☐ Mixto o multirracial
☐ Prefiero no responder
☐ Otro *(por favor especifique):*_____

Idioma principal:
☐ Inglés
☐ Español
☐ Tagalo
☐ Chino
☐ Árabe
☐ Francés
☐ Ruso
☐ Criollo
☐ Bengalí
☐ Otro (*por favor indique qué idioma habla):*
_____

Sexo al nacer:
☐ Masculino
☐ Femenino

Orientación sexual:
☐ Heterosexual (no lesbiana ni gay)
☐ Lesbiana / Gay
☐ Bisexual
☐ Algo diferente
☐ No lo sé
☐ Prefiero no revelar

Identidad de género:
☐ Masculino
☐ Femenino
☐ Hombre transgénero *(F→M)*
☐ Mujer transgénero *(M→F)*
☐ Otro
☐ Prefiero no revelar

VIVIENDA

☐ Refugio para personas sin hogar
☐ Transitoria: Vivienda temporal en espera de una dirección permanente
☐ Compartida: Viviendo con un familiar/amigo u otra persona / Mudándose de un lugar a otro
☐ Calle: Al aire libre / automóvil / lugar inseguro
☐ Tengo vivienda adecuada con dirección postal permanente
☐ Otro: _____

EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre de un amigo o familiar local (que no viva en la misma dirección):_____

Relación con el paciente: _____

Teléfono de casa: ( ) _____-_____

Teléfono del trabajo: ( ) _____-_____

Firma del paciente/tutor: _____ **Fecha:** _____

Directiva anticipada *(Por favor marque si tiene una directiva anticipada)*

☐ Sí ☐ No

¿CÓMO SE ENTERÓ DE NOSOTROS? *(marque una opción)*

☐ Médico / Hospital / Proveedor
☐ Plan de seguro
☐ Familiar o amigo
☐ Escuela o servicios para niños
☐ Organización o programa comunitario
☐ Refugio / Programa de vivienda
☐ Evento (feria de salud, actividades comunitarias)
☐ Paciente que regresa
☐ Referido por personal / empleado
☐ Otro: _____

Si corresponde, por favor indique el nombre *(persona, organización lugar):* _____

_____

INFORMACIÓN DE FARMACIA

Nombre de la farmacia preferida:_____

Dirección: _____

Número de teléfono: ( ) _____-_____

Número de fax: ( ) _____-_____

SECCIÓN II: INFORMACIÓN DEL SEGURO

Persona responsable de la factura: _____

Fecha de nacimiento: _____/_____/_____

Dirección *(si es diferente):*_____

Teléfono de casa: ( ) _____-_____

Ocupación: _____ **Nombre del empleador:** _____

Dirección del empleador: _____

Teléfono del empleador: ( ) _____-_____

¿Este paciente tiene seguro? ☐ Sí ☐ No

Seguro primario:

☐ Privado
☐ Medicare
☐ Medicaid
☐ Otro *(indique):* _____

Nombre del titular: _____

Número de Seguro Social del titular: _____

Fecha de nacimiento: _____/_____/_____

Número de grupo:_____

Número de póliza: _____ **Copago:** $_____

Relación del paciente con el titular:
☐ Yo mismo
☐ Esposo (a)
☐ Hijo(a)
☐ Otro

¿Le gustaría participar en nuestro Programa de Tarifas Deslizantes?

☐ Sí ☐ No

Paciente/Guardian firma: _____ *fecha:* _____

SECCIÓN III: SOLO PARA SER COMPLETADA POR EL PERSONAL DE DFCC

Ubicación de la clínica *(marque una opción):*

☐ DFCC	☐ Wards Island	☐ 121 ST
☐ 53rd	☐ 3RD Ave.	☐ Mott Haven
☐ Ellenville	☐ Richmond Hill	☐ Myrtle Ave.
☐ Firehouse	☐ Ronkonkoma	☐ Ralph Ave.
☐ Rhinebeck	☐ Long Island City	☐ Other: _____

Tipo de seguro: ☐ Medicaid ☐ Medicare ☐ HMO ☐ Compensación al trabajador

Otra cobertura de seguro: _____

Número de identificación del titular de la póliza: _____