

FORMA DE REGISTRO

INFORMACION DEL PACIENTE

| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--------------------------------|---|--|---|---|--|---|---|
| Apellido | | Primer Nombre | | Inicial del Segundo Nombre | | Número de Seguro Social - - | | | | |
| Domicilio | | | | Ciudad | | Estado | | Código Postal | | |
| Fecha de Nacimiento Mes Día Año | | Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | Número de Teléfono () - | | Número de Teléfono Alternativo/Celular () - | | ¿Es usted veterano/a de las fuerzas armadas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | Estado de Empleo <input type="checkbox"/> No Agrícola <input type="checkbox"/> Agrícola <input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> Temporal | |
| ¿Cual es su raza? <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> India Americana (incluyendo Mixteco) o Nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Nativa de Hawaii <input type="checkbox"/> Negra o Africana Americana <input type="checkbox"/> Otra de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Más de una raza | | ¿Es usted de origen Hispano/Latino? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | Idioma Principal <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Mixteco <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a | | Tamaño de Familia __ 0 __ 6 __ 1 __ 7 __ 2 __ 8 __ 3 __ 9 __ 4 __ 10 __ 5 | | Ingresos Anual del Hogar (Para uso interno solamente) \$ _____ |
| | | | | Nombre de Contacto en Caso de Emergencia _____ Relación al Paciente _____ Número de Teléfono (diferente al número(s) escrito anteriormente): () - | | | | | | |

INFORMACION DEL SEGURO MEDICO

| | | | |
|--|--|---|--|
| Nombre del Seguro Médico: | | Número de Seguro Social - - | |
| Nombre de la Persona Registrado(a) en la Póliza: | | Fecha de Nacimiento Mes Día Año | |
| | | Relación al Paciente <input type="checkbox"/> Padre o Guardián <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

INFORMACION DE LA PERSONA RESPONSABLE SI ES DIFERENTE AL PACIENTE

| | | | | | | | |
|--|--|------------------------------|---|----------------------------|---|---|---------------|
| Apellido | | Primer Nombre | | Inicial del Segundo Nombre | | Relación al Paciente <input type="checkbox"/> Padre o Guardián <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |
| Fecha de Nacimiento Mes Día Año | | | Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | | Número de Seguro Social - - | | |
| Domicilio | | | Ciudad | | Estado | | Código Postal |
| Número de Teléfono () - | | Número de Licencia de Manejo | | Estado | Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a | | |

Certificado de Escala de Descuentos

Yo, con domicilio en California, certifico bajo pena de perjurio que los ingresos anual de mi hogar semanal mensual anual son \$ _____, en el cual habitamos _____ persona(s) que son de mi familia. Como prueba de este ingreso, yo le traeré a la clínica los tres talones de pago más recientes o en su defecto, la última declaración de mis impuestos. Si no presenta comprobantes de sus ingresos, favor de dar la razón.

Razón por la cual no presento comprobantes: _____

La persona que firme la declaración jurada y que declare voluntariamente como cierto y verdadero cualquier hecho o asunto que sepa que es falso, queda sujeto a las penas y sanciones por el delito de perjurio de acuerdo con el Código Penal del Estado de Calif., Sec.11054 del Código de W. & I.

Firma: _____ Fecha: _____

Consentimiento del Paciente al Tratamiento

Por medio de esta documentación, doy mi consentimiento a cualquier tratamiento medico o quirúrgico, el cual puede incluir medicamentos recetados por el medico. Yo entiendo que hasta los tratamientos sencillos tienen riesgo de complicaciones. En tales casos, consultas subsecuentes con el medico pueden ser necesarias. Clinicas del Camino Real, Incorporated me referirá con especialistas para servicios que no se proveen aquí.

Firma: _____ Fecha: _____