

**INFORMACIÓN DE REGISTRO**

<input type="checkbox"/> INFORMACIÓN DEL PACIENTE		<input type="checkbox"/> INFORMACIÓN DEL TUTOR LEGAL	
APELLIDO		PRIMER NOMBRE	
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		SEGUNDO NOMBRE	
ORIENTACIÓN SEXUAL: <input type="checkbox"/> BISEXUAL <input type="checkbox"/> LESBIANO O GAY <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> HETEROSEXUAL <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> ELIJO NO DIVULGARLO		SEXO AL NACER: <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER	
DIRECCIÓN DE CORREO		IDENTIDAD DE GÉNERO: <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> TRANSGÉNERO HOMBRE / MUJER A HOMBRE <input type="checkbox"/> TRANSGÉNERO MUJER / HOMBRE A MUJER <input type="checkbox"/> ELIJO NO DIVULGARLO	
CIUDAD		CONDADO	
ESTADO		NÚMERO DE APARTAMENTO	
CÓDIGO POSTAL		LENGUAJE	
<b>USTED PUEDE RECIBIR RECORDATORIOS DE CITAS MEDIANTE MENSAJES DE TEXTO:</b>			
TELÉFONO CELULAR		TELÉFONO DE LA CASA	
CORREO ELECTRÓNICO		VETERANO: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
INDIGENTE: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		TRABAJADOR MIGRANTE: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> DIVORCIADO(A) <input type="checkbox"/> SOLTERO(A) <input type="checkbox"/> VIUDO(A)		ETNICIDAD: <input type="checkbox"/> HISPANO O LATINO <input type="checkbox"/> NO HISPANO O LATINO <input type="checkbox"/> NO DECLARADO / ME NIEGO A DECLARARLO	
RAZA: <input type="checkbox"/> INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA <input type="checkbox"/> ASIÁTICO <input type="checkbox"/> NATIVO DE HAWAII O DE OTRA ISLA DEL PACÍFICO <input type="checkbox"/> NEGRO O AMERICANO AFRICANO <input type="checkbox"/> MÁS DE UNA RAZA <input type="checkbox"/> NO DECLARADO / ME NIEGO A DECLARARLO <input type="checkbox"/> BLANCO			
¿COMO SE ENTERÓ DE NUESTRA CLÍNICA? <input type="checkbox"/> AMIGO <input type="checkbox"/> MIEMBRO DE LA FAMILIA <input type="checkbox"/> ASEGURANZA <input type="checkbox"/> OTRA MANERA: _____ <input type="checkbox"/> HOSPITAL <input type="checkbox"/> PROVEEDOR DE SALUD MÉDICA <input type="checkbox"/> ESCUELA			
<b>CONYUGE O PAREJA</b>			
APELLIDO		PRIMER NOMBRE	
FECHA DE NACIMIENTO		NÚMERO EN LA FAMILIA Y COMPROBANTE DE INGRESOS	
NÚMERO DE PERSONAS EN LA FAMILIA: _____		NEGARSE A DAR COMPROBANTE DE INGRESOS	
INGRESOS AL AÑO: _____		INICIALES: _____	
FIRMA DEL CONSEJERO FINANCIERO: _____		FECHA: _____	
<b>INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA</b>			
NOMBRE DE CONTACTO DE EMERGENCIA		PARENTEZCO	
NÚMERO DE TELÉFONO DEL CONTACTO DE EMERGENCIA			
<b>FIRMA</b>			
FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA AUTORIZADA		FECHA	

**INFORMACIÓN DE REGISTRO**

<b>INCLUYA A TODOS SUS HIJOS(AS)</b>		
APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO: <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER
RAZA: <input type="checkbox"/> INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA <input type="checkbox"/> ASIÁTICO <input type="checkbox"/> NEGRO O AMERICANO AFRICANO <input type="checkbox"/> MÁS DE UNA RAZA <input type="checkbox"/> NO DECLARADO / ME NIEGO A DECLARARLO <input type="checkbox"/> BLANCO <input type="checkbox"/> NATIVO DE HAWAII O DE OTRA ISLA DEL PACÍFICO		ETNICIDAD: <input type="checkbox"/> HISPANO O LATINO <input type="checkbox"/> NO HISPANO O LATINO <input type="checkbox"/> NO DECLARADO / ME NIEGO A DECLARARLO
APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO: <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER
RAZA: <input type="checkbox"/> INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA <input type="checkbox"/> ASIÁTICO <input type="checkbox"/> NEGRO O AMERICANO AFRICANO <input type="checkbox"/> MÁS DE UNA RAZA <input type="checkbox"/> NO DECLARADO / ME NIEGO A DECLARARLO <input type="checkbox"/> BLANCO <input type="checkbox"/> NATIVO DE HAWAII O DE OTRA ISLA DEL PACÍFICO		ETNICIDAD: <input type="checkbox"/> HISPANO O LATINO <input type="checkbox"/> NO HISPANO O LATINO <input type="checkbox"/> NO DECLARADO / ME NIEGO A DECLARARLO
APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO: <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER
RAZA: <input type="checkbox"/> INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA <input type="checkbox"/> ASIÁTICO <input type="checkbox"/> NEGRO O AMERICANO AFRICANO <input type="checkbox"/> MÁS DE UNA RAZA <input type="checkbox"/> NO DECLARADO / ME NIEGO A DECLARARLO <input type="checkbox"/> BLANCO <input type="checkbox"/> NATIVO DE HAWAII O DE OTRA ISLA DEL PACÍFICO		ETNICIDAD: <input type="checkbox"/> HISPANO O LATINO <input type="checkbox"/> NO HISPANO O LATINO <input type="checkbox"/> NO DECLARADO / ME NIEGO A DECLARARLO
APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO: <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER
RAZA: <input type="checkbox"/> INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA <input type="checkbox"/> ASIÁTICO <input type="checkbox"/> NEGRO O AMERICANO AFRICANO <input type="checkbox"/> MÁS DE UNA RAZA <input type="checkbox"/> NO DECLARADO / ME NIEGO A DECLARARLO <input type="checkbox"/> BLANCO <input type="checkbox"/> NATIVO DE HAWAII O DE OTRA ISLA DEL PACÍFICO		ETNICIDAD: <input type="checkbox"/> HISPANO O LATINO <input type="checkbox"/> NO HISPANO O LATINO <input type="checkbox"/> NO DECLARADO / ME NIEGO A DECLARARLO
APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO: <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER
RAZA: <input type="checkbox"/> INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA <input type="checkbox"/> ASIÁTICO <input type="checkbox"/> NEGRO O AMERICANO AFRICANO <input type="checkbox"/> MÁS DE UNA RAZA <input type="checkbox"/> NO DECLARADO / ME NIEGO A DECLARARLO <input type="checkbox"/> BLANCO <input type="checkbox"/> NATIVO DE HAWAII O DE OTRA ISLA DEL PACÍFICO		ETNICIDAD: <input type="checkbox"/> HISPANO O LATINO <input type="checkbox"/> NO HISPANO O LATINO <input type="checkbox"/> NO DECLARADO / ME NIEGO A DECLARARLO