

**REGISTRO DE PACIENTES** (Por favor complete electrónicamente o con tinta azul o negra.)

PADRE/MADRE O PERSONA TUTORA: Complete esta sección como si estuviera respondiendo en nombre del paciente.							
<b>Apellido</b>		<b>Primer Nombre</b>		<b>Segundo Nombre</b>		<b>Nombre Preferido</b>	
<b>Número de Seguro Social</b>		<b>Fecha de Nacimiento</b>		<b>Sexo registrado con su Seguro Médico</b>		<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> X	
<b>Género</b>	<input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino		<input type="radio"/> No Binario <input type="radio"/> Mujer Transgénero <input type="radio"/> Hombre Transgénero		<input type="radio"/> Prefiero no responder <input type="radio"/> Desconocido <input type="radio"/> Otro		
<b>Orientación Sexual</b>	<input type="radio"/> Asexual <input type="radio"/> Bisexual <input type="radio"/> Gay o Lesbiana		<input type="radio"/> Heterosexual <input type="radio"/> Pansexual		<input type="radio"/> Prefiero no responder <input type="radio"/> Unknown <input type="radio"/> Other		
<b>Pronombre</b>	<input type="radio"/> Él <input type="radio"/> Ella <input type="radio"/> Elle		<input type="radio"/> Hir <input type="radio"/> Ze		<input type="radio"/> Prefiero utilizar solo mi nombre <input type="radio"/> Otro _____		
<b>Dirección Postal</b>		<b>Cdad</b>		<b>Estado</b>		<b>Código Postal</b>	
<b>Dirección de Residencia</b>		<b>Cdad</b>		<b>Estado</b>		<b>Código Postal</b>	
<b>Estado Civil</b>	<input type="radio"/> Soltería <input type="radio"/> Matrimonio <input type="radio"/> Divorcio		<input type="radio"/> En Separación <input type="radio"/> En Unión Libre		<input type="radio"/> Viudez <input type="radio"/> Otro _____ _____ _____		<b>Estatus Académico</b> <input type="radio"/> Estudiante de tiempo completo <input type="radio"/> Estudiante de medio tiempo <input type="radio"/> No soy estudiante
<b>Raza</b>	<input type="radio"/> Persona Afroamericana/Negra <input type="radio"/> Persona Nativa de Alaska <input type="radio"/> Persona India Asiática <input type="radio"/> Persona Blanca o Caucásica <input type="radio"/> Persona China <input type="radio"/> Persona Filipina		<input type="radio"/> Persona Japonesa <input type="radio"/> Persona Coreana <input type="radio"/> Vietnamita <input type="radio"/> Otra Nacionalidad Asiática		<input type="radio"/> Persona Nativa Hawaiana <input type="radio"/> De otras Islas del Pacífico <input type="radio"/> Persona de Guam/chamorra <input type="radio"/> Persona Samoana <input type="radio"/> Prefiero no responder <input checked="" type="radio"/> Afiliación(es) Tribal(es) Indígena(s) Americana(s) _____		
<b>Etnicidad</b>	<input type="radio"/> Prefiero no responder <input type="radio"/> Persona Cubana <input type="radio"/> Persona Mexicana/ Mexico-estadounidense/ Chicana		<input type="radio"/> Persona Puertorriqueña <input type="radio"/> Persona no hispana, latina ni de origen español. <input type="radio"/> Persona de otro origen hispano, latino o español.		<b>Idioma preferido</b>		
<b>Persona Proveedora de Atención Primaria</b>				<b>Persona Proveedora de Atención dental</b>			
<b>Tel. de Dia</b>		<b>Tel. Celular</b>				<b>Tel. de Casa</b>	
<b>Correo Electrónico</b>		<b>Estado de Vivienda</b>		<input type="radio"/> Vivienda Compartida <input type="radio"/> Refugio <input type="radio"/> Sin Vivienda		<input type="radio"/> Vivienda Transicional <input type="radio"/> No está sin hogar <input type="radio"/> Desconocido	
<b>Estatus de Persona Trabajadora Migrante</b>	<input type="radio"/> Migrante <input type="radio"/> Estacional <input type="radio"/> No es persona trabajadora del campo		<b>¿Ha prestado servicio en el ejército de los Estados Unidos, en las fuerzas armadas o en los servicios uniformados?</b> <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		<b>Farmacia de Preferencia</b>		

<b>Contacto de Emergencia</b>		<b>Contacto de Emergencia</b>		<b>Relación con el Paciente</b>	
<b>Nombre</b>		<b>Télefono</b>			
<b>Menores de Edad:</b>					
<b>Nombre de Padre/Madre o Persona Tutora</b>		<b>Relación con el Paciente</b>		<b>Responsabilidad Legal de Custodia</b>	
<b>¿Cómo se enteró de nosotros?</b>	<input type="radio"/> Sitio Web <input type="radio"/> Un familiar/ amigo(a/e/x) <input type="radio"/> Redes Sociales	<input type="radio"/> Periódico <input type="radio"/> Radio <input type="radio"/> Cartel		<input type="radio"/> Derivación de servicios <input type="radio"/> Búsqueda en Google <input type="radio"/> Correo Electrónico <input type="radio"/> Postal	

Firma de Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma de la Persona Tutora \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_