



Edna Pilsbury
2222 Simon Bolivar Ave
N.O.L.A., 70113

CRRC
1530 Gravier St
N.O.L.A., 70112

Arthur Monday
1111 Newton St
N.O.L.A., 70114

Formulario de Registro de el Paciente

Ha recibido el paciente servicios en alguna de nuestras clínicas? Si No

INFORMACION DE EL PACIENTE POR FAVOR COMPLETE (Complete) La forma completa

APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			
DIRECCION		CIUDAD		ESTADO			
CODIGO POSTAL		ESTADO		CODIGO POSTAL			
NUMERO DE SEGURO SOCIAL		FECHA DE NACIMIENTO		TELEFONO DE LA CASA			
NUMERO DE CELULAR		DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO		RELIGION:			
ESTADO MARITAL <input type="checkbox"/> Soltero (a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Viudo (a) <input type="checkbox"/> Pareja Domestica <input type="checkbox"/> Otro		RAZA <input type="checkbox"/> Negro/ Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Isleno de el Pacifico <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Multiple origen Etnico <input type="checkbox"/> Eligo no revelar		Language Primario sino es Ingles _____ Necesita Servicios de Interpretacion? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO Etnicidad/ Origen Etnico: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No- Hispano			
IDENTIDAD DE GENERO <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre Transgenero (F to M) <input type="checkbox"/> Mujer Transgenero (M to F) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No binario (a)/Genero Neutral <input type="checkbox"/> Incognita		ORIENTACION SEXUAL <input type="checkbox"/> Derecho(a) or Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Gay <input type="checkbox"/> Lesbiana <input type="checkbox"/> Pansexual <input type="checkbox"/> Queer <input type="checkbox"/> Algo mas <input type="checkbox"/> Nose <input type="checkbox"/> Elijo no divulgar		PRONOMBRES <input type="checkbox"/> Ella <input type="checkbox"/> Negarse a contestar <input type="checkbox"/> El <input type="checkbox"/> No se <input type="checkbox"/> Ellos <input type="checkbox"/> ze/hir/hirs <input type="checkbox"/> ey/em/eirs <input type="checkbox"/> xe/xem/xyrs <input type="checkbox"/> ve/vir/vis <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/> name		ESTADO DE EMPLEO <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Parte de el tiempo <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Servicio Activo <input type="checkbox"/> Trabajo por cuenta propia <input type="checkbox"/> Estudiante - Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Estudiante- Parte de el tiempo <input type="checkbox"/> Desempleado por incapacidad	
ESTADO DE VIVIENDA <input type="checkbox"/> Sin Hogar <input type="checkbox"/> En Riesgo de perder el hogar <input type="checkbox"/> No sin hogar <input type="checkbox"/> Vivo en un refugio <input type="checkbox"/> Calle, Acampando, Puente <input type="checkbox"/> Hotel de uso individual <input type="checkbox"/> Vivienda de Apoyo Permanente		<input type="checkbox"/> Actualmente no estoy sin hogar, estaba hace 12 meses <input type="checkbox"/> Viviendo con otros <input type="checkbox"/> Vivienda Transicional <input type="checkbox"/> Veterano en riesgo de personas sin hogar					
Es usted veterano de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		INFORMACION CONTACTO DE EMERGENCIA					
TRABAJADOR AGRICULA <input type="checkbox"/> Inmigrante <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Ninguno		NOMBRE: _____ TELEFONO: _____		RELACION DE EL PACIENTE _____ DIRECCION: _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____			
INFORMACION DE SEGURO DE SALUD			INFORMACION DE SEGURO DE SALUD				
<input type="checkbox"/> Yo actualmente tengo seguro de salud <input type="checkbox"/> Yo actualmente no tengo seguro de salud <input type="checkbox"/> Me gustaria aplicar para seguro de enfermedad <input type="checkbox"/> Me gustaria aplicar para una escal de tarifa variable Nombre de el Seguro: _____ Numero de Poliza: _____ Es esto un seguro <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare (Si esta marcado vaya a la siguiente seccion)			POR FAVOR SELECCIONE EL PLAN: <input type="checkbox"/> Bayou Health <input type="checkbox"/> AmeriHealth Caritas <input type="checkbox"/> Louisiana Healthcare Connections <input type="checkbox"/> United Healthcare Community Plan <input type="checkbox"/> Community Health solutions <input type="checkbox"/> Aetna Better Health <input type="checkbox"/> Healthy Blue				