

BIENVENIDO A NUESTRA OFICINA
Family Health Center of Southern Oklahoma

Fecha de Hoy: _____

PAGO ES ESPERADO AL TIEMPO QUE LOS SERVICIOS SEAN RENDIDOS
 GRACIAS POR ESCOGER NUESTRA OFICINA. Para poder servirle apropiadamente necesitamos la siguiente información. Por favor escriba con tinta negra.

Apellido del paciente	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha de nacimiento	Sexo asignado al nacer Mujer Hombre	Paciente se identifica como M F Trans Hombre/M a H Trans Mujer/H a M	Orientación Sexual gay o lesbiana bisexuales heterosexual No Se Elego no Revelar
Estatus Marital C D V S	Veterano Si No		Empleo: Tiempo Completo Medio Tiempo Desempleado Autónomo Jubilado El Ejercito			
Dirección		Ciudad		Condado	Estado	Código Postal
<u>Vive usted en Vivienda Pública</u> Si No	Número de teléfono de Hogar	Número de teléfono Celular	<u>Es usted estudiante?</u> Tiempo Completo Medio Tiempo		Occupacion	
Correo electrónico		Número de Seguro Social		Numero de licencia		
Nombre del cónyuge padre o guardián se es menor de edad		Relación con usted		Número de Seguro Social		Fecha de nacimiento
Nombre de empleador		Dirección			Número de teléfono del trabajo	
Raza (por favor circular) White Am Ind/Native Alaskan Black/AA Hispano Other Pacific Islander			Cuál es su origen nacional? Canadá Inglaterra Alemania México Puerto Rico Sudio US			
Seguro médico primario		Dirección del Seguro Medico			Número de teléfono del trabajo	
Nombre del subscriptor		Fecha de nacimiento del subscriptor			Número de Seguro Social del subscriptor	
Seguro médico secundario		Dirección del Seguro secundario			Número de teléfono del seguro medico	
Nombre del subscriptor		Fecha de nacimiento del subscriptor			Número de Seguro Social del subscriptor	
Responsabilidad financiera						
Partido responsable			Dirección del partido responsable			
Número de seguro social del partido responsable			Número del teléfono del partido responsable Teléfono de casa: Teléfono móvil:		Fecha de nacimiento del partido responsable	

Como supo de nuestra oficina? _____

Reside usted en una vivienda: ____ **Sencilla?** ____ **Doble?** Carece de Hogar? ____ Si ____ No

Es usted un trabajador migrante:? ____ Si ____ No

Nivel de ingreso anual::	☐ \$0.00-\$10,000	☐ \$10,000 - \$20,000	☐ \$20,000 - \$30,000	☐ \$30,000 - \$40,000	☐ Arriba de \$40,000
--------------------------	--	--	--	--	---

Que farmacia prefiere usted utilizar? _____

Firma del Paciente

Fecha

Contactos del Paciente Y Autorización de Liberación de Registro Medico/Dental

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Fecha de Hoy: _____

Primer Nombre del Contacto		Apellido del Contacto		
Teléfono de Casa del Contacto	Teléfono de Trabajo del Contacto	Teléfono de Celular del Contacto	Teléfono de Fax del Contacto	
Correo Electrónico del Contacto			Relación del Paciente con el Contacto	
Dirección del Contacto			Ciudad/Estado/Código Postal	
Yo autorizo a la persona nombrada ser mi contacto para las siguientes responsabilidades (Favor de Marcar todo lo que aplica): ☐ Contacto de Emergencia ☐ Liberación de Información ☐ Contacto de Emergencia ☐ Cuidador Primario ☐ Tutor Legal/Poder de Asistencia Medica ☐ Paciente Vive con el Contacto				

Primer Nombre del Contacto		Apellido del Contacto		
Teléfono de Casa del Contacto	Teléfono de Trabajo del Contacto	Teléfono de Celular del Contacto	Teléfono de Fax del Contacto	
Correo Electrónico del Contacto			Relación del Paciente con el Contacto	
Dirección del Contacto			Ciudad/Estado/Código Postal	
Yo autorizo a la persona nombrada ser mi contacto para las siguientes responsabilidades (Favor de Marcar todo lo que aplica): ☐ Contacto de Emergencia ☐ Liberación de Información ☐ Contacto de Emergencia ☐ Cuidador Primario ☐ Tutor Legal/Poder de Asistencia Medica ☐ Paciente Vive con el Contacto				

Primer Nombre del Contacto		Apellido del Contacto		
Teléfono de Casa del Contacto	Teléfono de Trabajo del Contacto	Teléfono de Celular del Contacto	Teléfono de Fax del Contacto	
Correo Electrónico del Contacto			Relación del Paciente con el Contacto	
Dirección del Contacto			Ciudad/Estado/Código Postal	
Yo autorizo a la persona nombrada ser mi contacto para las siguientes responsabilidades (Favor de Marcar todo lo que aplica): ☐ Contacto de Emergencia ☐ Liberación de Información ☐ Contacto de Emergencia ☐ Cuidador Primario ☐ Tutor Legal/Poder de Asistencia Medica ☐ Paciente Vive con el Contacto				

Yo otorgo al personal de la clínica para dar información médica y/o dental a las personas marcadas como "Liberación de Información"

Firma del Paciente _____ Representante de la Clínica _____