



Formulario de registro de pacientes

Información del Paciente

Seguro Social #: _____ Rechazado

Primer Nombre, Segundo Nombre (en la tarjeta de seguro medico): _____

Apellido (en la tarjeta de seguro medico): _____

Nombre Preferido: _____ Pronombre preferido: Él Ella Ellos Zie

¿Cuál es el sexo en su certificado de nacimiento? Hombre Mujer Desconocido

Identidad de Género: Hombre Mujer Transgénero Hombre / Mujer a Hombre Transgénero Mujer / Hombre a Mujer
 Genderqueer Rehusó Otros (especifique): _____

Orientación sexual: Heterosexual / Heterosexual Lesbiana / Gay / Homosexual Bisexual / Pansexual Queer
 Rehusó Se negó a informar Identidad diferente (especifique): _____

Fecha de nacimiento (mes / día / año): _____

Estado civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Legalmente separado Desconocido

Raza: Indio americano / nativo de Alaska Asiático Black/African American Nativo de Hawaii
 Otras islas del Pacífico Blanco No denunciado / se negó a informar

Etnicidad: Latino / Hispano No Hispano o Latino Otros (especifique): _____

Idioma preferido: Inglés Español Árabe Otros (especifique): _____ Intérprete necesario:
 Sí No

¿Personas con discapacidad auditiva? Sí No ¿Visión deteriorada? Sí No

Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Correo Electrónico: _____ Teléfono de Casa: _____ Teléfono Móvil: _____

Teléfono del trabajo: _____ Método de comunicación preferido: Teléfono Correo Electronico Texto

¿Es Borrego Health su proveedor de atención primaria? Sí No Nombre del médico: _____

¿Como se entero de nosotros? _____

¿Le gustaría registrarse en el portal de pacientes de Borrego Health (solo para mayores de 18 años)? Sí No

Si es menor de 18 | Padre / tutor legal / parte responsable:

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Correo Electrónico: _____ Teléfono de Casa: _____ Teléfono Móvil: _____

Información ampliada para el paciente | Padre adicional

Programa de Bajo Recursos:

Borrego Health brinda servicios de atención primaria y de alta calidad a las personas necesitadas, independientemente de su capacidad de pago. En Borrego Health, no se le rechazará servicios incluso si no tiene seguro médico. El programa de bajo recursos puede ofrecerle un descuento en sus cargos médicos, dentales, y de salud mental. El programa establece un descuento sobre lo que paga según el tamaño de su familia y los ingresos anuales.

Tamaño del Hogar: _____ Ingresos del Hogar: _____ Rehuso

¿Le gustaría aplicar para el programa de bajo recursos? Si No

Estado agrícola (trabajador)

¿Ha trabajado en agricultura en los últimos 2 años? Si No Si es así, especifique:

Estacional (no se mudó al trabajo) o Migrante (trasladado a otra zona para trabajar en agricultura)

¿Tiene dependientes? Si No ¿Cuántos? _____

¿Alguien en su hogar ha trabajado en agricultura en los últimos 2 años? Si No Si es así, especifique:

Estacional (no se mudó para trabajar) o Migrante (se mudó a otra área para trabajar en agricultura)

¿Tiene más de 55 años o quedó discapacitado debido a una lesión relacionada con la agricultura o el trabajo de campo? Si No

¿Algún miembro de la familia con el que reside dejó de trabajar en la agricultura debido a una discapacidad o jubilación? Si No

Estatus de Veterano

¿Es usted un veterano de las Fuerzas Armadas de Estados Unidos? Yes No

Seguro Medico Primario: _____ Numero de Identificación del miembro: _____

Información de Contacto en caso de Emergencia

Apellido: _____ Primer Nombre: _____

Teléfono del Trabajo: _____ Teléfono de Casa: _____ Teléfono Móvil: _____

Relación: _____

Información ampliada para el paciente | Padre adicional

Apellido: _____ Primer Nombre: _____

Relación con el Paciente: _____ Teléfono de Casa: _____ Teléfono Móvil: _____

Información ampliada para el paciente | Farmacia

Farmacia Preferida: _____ Dirección de la Farmacia: _____

Información ampliada para el paciente | Información del paciente:

¿Cuándo fue su última visita al dentista? _____ Nombre del dentista: _____

**Certifico que la información que proporcioné a Borrego Health es verdadera según mi conocimiento.
Reconozco al firmar este formulario que me convierto en paciente de Borrego Health.**

Firma del Paciente / Tutor Legal: _____ Fecha: _____

SÓLO PARA USO DE OFICINA

POR FAVOR "IMPRIMA" INICIAL

UTILICE SÓLO TINTA NEGRA

REG CSR:

Scanning CSR:

Patient#: