

Pendleton Primary Care Clinic

Formulario de registro de pacientes

Fecha: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: Masculino Femenino SS #: _____

Identidad de Género: Hombre Mujer Hombre transgénero Mujer transgénero Otro: _____ Rechazar

Orientación sexual: Heterosexual Gay/Lesbiana/Homosexual Bisexual Otro: _____ Rechazar

Raza: Indio americano/nativo de Alaska asiático Negro/Afroamericano Isleño del Pacífico/nativo de Hawái
 Blanco Desconocido Rechazar

Idioma preferido: _____ Etnia: No Hispano/Latino Hispano/Latino Desconocido Rechazar

Teléfono móvil: _____ Otro teléfono: _____ Correo electrónico: _____

¿Cómo prefieres que te contactemos? Texto Teléfono Correo electrónico

Dirección de envío: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Contacto de emergencia: _____ Relación con el paciente: _____ Teléfono #: _____

¿Le gustaría presentar una POLST (órdenes médicas para tratamientos de soporte vital) o una directiva avanzada ante el Registro de Oregón? Sí No

PARTE RESPONSABLE (SI ES DIFERENTE A LO ANTERIOR)

Primer Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación con el paciente: _____ SS #: _____ Teléfono móvil: _____

Dirección de envío: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Compañía de seguros primaria: _____ Grupo #: _____ ID #: _____

Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación: _____

Compañía de seguros secundaria: _____ Grupo #: _____ ID #: _____

Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación: _____

Farmacia preferida: Pendleton Walmart Pendleton Rite Aid Pendleton Safeway Otro: _____

¿Cómo se enteró de nosotros? Amigo Búsqueda de Google Facebook Nuestro sitio web Radio Periódico

Compañía de seguros Otra fuente en línea: _____ Otro: _____