

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: _____