

Fecha: \_\_\_\_\_



El Centro de Corazón

MRN: \_\_\_\_\_

## Formulario de información del nuevo paciente.

### Información del paciente:

Nombre del paciente			Nombre preferido (Si aplica)		
Fecha de nacimiento			Edad	Género de nacimiento	
				<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
Estado civil		País de Origen		Raza	Etnicidad
<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Otro _____				<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Rehusó <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano
				<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____	
Dirección		Apt.	Ciudad/Estado		Código Postal
Teléfono de casa		Número de celular			Correo electrónico
¿Sin hogar?		Veterano			# de miembros en hogar
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Viviendo con Otros		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Nombre de contacto de emergencia		Relación del contacto de emergencia con el paciente			Número de teléfono del contacto de emergencia
1.					
2.					
<b>¿Cómo escuchó de nosotros?</b>					
<input type="checkbox"/> Familiar o amigo <input type="checkbox"/> Panfleto <input type="checkbox"/> TV/Radio <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Iglesia <input type="checkbox"/> Evento comunidad <input type="checkbox"/> Otra clínica o agencia					

### Persona Responsable del pago:

Nombre		Relación con el paciente			Fecha de nacimiento	
Dirección		Apto	Ciudad/Estado		Código Postal	Condado
SSN or TIN (Si aplica)		Número de celular			Correo electrónico	

### Información de empleo:

<b>Tipo de empleo</b>						
<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Migrante/Estacional <input type="checkbox"/> Trabajador agrícola <input type="checkbox"/> Desempleado						
Nombre del empleador		Teléfono del empleador			Ingreso anual del hogar	
Dirección del empleador				Ciudad/Estado	Código Postal	

### Salud de la mujer:

¿Está embarazada o posiblemente embarazada?		Está embarazada, ¿ha sido vista por un médico?	
<input type="checkbox"/> Embarazada <input type="checkbox"/> No Embarazada <input type="checkbox"/> Desconocido		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Fecha: \_\_\_\_\_

MRN: \_\_\_\_\_

**Seguro:**

Seguro médico		
<input type="checkbox"/> No cobertura <input type="checkbox"/> Medicaid/TWHP/CHIP/CHIP Perinatal <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Seguro privado		
<b>Nombre del asegurado</b>	<b>Compañía de seguro</b>	<b>Grupo/Plan #</b>
Seguro Dental (Si aplica)		
<input type="checkbox"/> No cobertura <input type="checkbox"/> Medicaid/CHIP <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Seguro privado		
<b>Nombre del asegurado</b>	<b>Compañía de seguro</b>	<b>Grupo/Plan #</b>
Seguro de salud mental (Si aplica)		
<input type="checkbox"/> No cobertura <input type="checkbox"/> Medicaid/CHIP <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Seguro privado		
<b>Nombre del asegurado</b>	<b>Compañía de seguro</b>	<b>Grupo/Plan #</b>

**Para pacientes menores:**

Información de la madre				
<b>Nombre de la madre</b>			<b>Fecha de nacimiento</b>	
<b>Dirección</b>	<b>Apt</b>	<b>Ciudad/Estado</b>	<b>Código Postal</b>	<b>Condado</b>
<b>SSN o TIN (Si aplica)</b>	<b>Número de celular</b>		<b>Correo electrónico</b>	
Información del padre				
<b>Nombre del padre</b>			<b>Fecha de nacimiento</b>	
<b>Dirección</b>	<b>Apt</b>	<b>Ciudad/Estado</b>	<b>Código Postal</b>	<b>Condado</b>
<b>SSN o TIN (Si aplica)</b>	<b>Número de celular</b>		<b>Correo electrónico</b>	
Información del tutor legal				
<b>Nombre del tutor legal</b>			<b>Fecha de nacimiento</b>	
<b>Dirección</b>	<b>Apt</b>	<b>Ciudad/Estado</b>	<b>Código Postal</b>	<b>Condado</b>
<b>SSN o TIN (Si aplica)</b>	<b>Número de celular</b>		<b>Correo electrónico</b>	

*\*Por favor, infórmenos de cualquier cambio que haya en la información dada arriba lo más pronto posible*