

Forma de Registro del Cliente

____ / ____ / ____

Como se enteró de los servicios ofrecidos por Henderson Wellness Clinic?

- | | |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CDC/SNHD | <input type="checkbox"/> Familia/Amigo |
| <input type="checkbox"/> Búsqueda en Internet | <input type="checkbox"/> Medios sociales (Facebook, Instagram, Twitter) |
| <input type="checkbox"/> Anuncio en internet | <input type="checkbox"/> Anuncios en Periódicos y Revistas |
| <input type="checkbox"/> Vallas publicitarias | <input type="checkbox"/> Otro doctor o hospital |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | |

Marque la casilla de la izquierda para mantenerse al día con los programas, eventos, talleres, grupos de apoyo y otras novedades de Howard Brown por correo electrónico.

Marque la casilla de la izquierda para dar su permiso para recibir esta información por mensaje de texto.

Al marcar estas casillas, indica que comprende que Howard Brown Health no puede garantizar la privacidad o seguridad de su(s) aparato(s) o su red.

INFORMACIÓN DEL CLIENTE (Favor de presentar su identificación y tarjeta de seguro médico con esta forma)				
<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.	Nombre Oficial: Primer Nombre		Segundo Nombre	Apellido Materno Sufijo: (Jr., Sr, II, III, etc.)
<input type="checkbox"/> Dr. <input type="checkbox"/> Ninguno				
Nombre Preferido / Apodo	Fecha de Nacimiento Mes Día Año ____/____/____	Es usted el paciente responsable por los costos de la factura y la seguridad? ____ Si no, favor de indicar quien es la persona responsable _____		
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> En Pareja <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Otro				
Dirección – Calle		Apto. / Suite / Unidad	Ciudad	Estado Código Postal
Teléfono Móvil/Celular ()	Teléfono de casa ()	Correo Electrónico @	Yo prefiero facturas por sistema electrónico <input type="checkbox"/>	
La mejor forma de contactarme / Dejar mensajes (seleccione todas la que apliquen): <input type="checkbox"/> Teléfono / Correo de voz <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Correo postal				
Género que aparece en su seguro médico / licencia de manejar <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer			Número de Seguro Social / / /	
Ocupación	Lugar de empleo	Número telefónico de su empleo ()		
Contacto de Emergencia	Teléfono ()	Relación al cliente		
SEGURO MEDICO (FAVOR DE PROVEER SU TARJETA DE SEGURO MEDICO A LA (EL) RECEPCIONISTA)				
Nombre oficial de la persona encargada de las facturas	<input type="checkbox"/> Igual al de arriba	Relación al cliente si es que el cliente no es responsable de la factura		
Fecha de Nacimiento (solo si es diferente al de la persona responsable)	Número de Seguro Social		____/____/____	
Dirección – Calle (solo si es diferente)	Ciudad	Estado	Código Postal	
Correo Electrónico	Teléfono de Casa ()	Teléfono Celular ()	Teléfono del Trabajo ()	
Nombre de la compañía de seguro primario	Nombre del miembro	Número de identificación	Numero del Grupo	
Nombre de la compañía de seguro secundario	Nombre del miembro	Número de identificación	Numero del Grupo	

Formulario demográfico

Fecha de hoy
____/____/20____

Nombre en la tarjeta/Seguro: Primero	Segundo	Apellido	¿Paciente nuevo? Sí No
--------------------------------------	---------	----------	---------------------------

Nombre de pila seleccionado: _____ Fecha de nacimiento: mes ____ día ____ año ____ / ____ / ____

Ha asistido a actos de difusión Sí No Recibe prestaciones públicas (SNAP, tarjeta médica, etc.) Sí No

Pronombres: él/su ella/su ellos/su sólo mi nombre sin preferencia pronombre no enumerado _____

Necesitamos la información siguiente con fines de ayudar a nuestro personal a utilizar el lenguaje más respetuoso posible cuando se dirigen a usted, comprender mejor a nuestra población, y cumplir con los requisitos de informe de nuestra subvención. Las opciones para algunas de estas preguntas fueron proporcionadas por nuestros fundadores; comprendemos que las categorías demográficas actuales no capturan adecuadamente nuestras identidades individuales. Por favor ayúdenos a atenderlo mejor seleccionando las mejores respuestas a estas preguntas. Gracias.

<p>Idioma preferido hablado/escrito:</p> <p><input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> esp añol</p> <p><input type="checkbox"/> lenguaje de señas norteamericano</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p> <p>¿Necesita servicios de interpretación de idioma?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, idioma _____</p>	<p>Raza:</p> <p><input type="checkbox"/> indio norteamericano/nativo de Alaska</p> <p><input type="checkbox"/> negro y/o afroamericano</p> <p><input type="checkbox"/> blanco/caucásico</p> <p>asiático</p> <p><input type="checkbox"/> indio asiático <input type="checkbox"/> coreano</p> <p><input type="checkbox"/> chino <input type="checkbox"/> vietnamita</p> <p><input type="checkbox"/> filipino <input type="checkbox"/> otro</p> <p><input type="checkbox"/> japonés</p> <p>nativo de Hawái/de las islas del Pacífico</p> <p><input type="checkbox"/> nativo de Hawái</p> <p><input type="checkbox"/> guameño o chamorro</p> <p><input type="checkbox"/> samoano</p> <p><input type="checkbox"/> otras islas del Pacífico</p> <p><input type="checkbox"/> No deseo contestar</p>	<p>Estatus de vivienda:</p> <p><input type="checkbox"/> vivienda permanente</p> <p><input type="checkbox"/> vivienda no permanente</p> <p><input type="checkbox"/> Institución</p> <p><input type="checkbox"/> sin casa</p> <p><input type="checkbox"/> la calle</p> <p><input type="checkbox"/> albergue para indigentes</p> <p><input type="checkbox"/> transicional</p> <p><input type="checkbox"/> Compartiénd una habitacion (sin pagar alquiler)</p> <p><input type="checkbox"/> Otro</p> <p><input type="checkbox"/> No deseo contestar</p> <p><input type="checkbox"/> No deseo contestar</p>
<p>Sexual Orientation:</p> <p><input type="checkbox"/> lesbiana <input type="checkbox"/> heterosexual</p> <p><input type="checkbox"/> gay <input type="checkbox"/> otra cosa</p> <p><input type="checkbox"/> bisexual <input type="checkbox"/> cuestionando</p> <p><input type="checkbox"/> homosexual <input type="checkbox"/> No deseo contestar</p>	<p>Etnia:</p> <p>hispano/latino</p> <p><input type="checkbox"/> mexicano</p> <p><input type="checkbox"/> puertorriqueño</p> <p><input type="checkbox"/> Cubano</p> <p><input type="checkbox"/> otro hispano/latino</p> <p><input type="checkbox"/> no hispano/latino</p> <p><input type="checkbox"/> No deseo contestar</p>	<p>Nivel de educación terminado:</p> <p><input type="checkbox"/> 1-8 años</p> <p><input type="checkbox"/> diploma de secundaria</p> <p><input type="checkbox"/> diploma de GED</p> <p><input type="checkbox"/> título universitario de asociado</p> <p><input type="checkbox"/> escuela de oficios</p> <p><input type="checkbox"/> título universitario de Bachiller</p> <p><input type="checkbox"/> título de maestría</p> <p><input type="checkbox"/> doctorado</p>
<p>Identidad de género:</p> <p><input type="checkbox"/> masculino/hombre</p> <p><input type="checkbox"/> femenino/mujer</p> <p><input type="checkbox"/> masculino trans /hombre trans</p> <p><input type="checkbox"/> femenino trans / mujer trans</p> <p><input type="checkbox"/> género variante/ género no conforme</p> <p><input type="checkbox"/> otra cosa</p> <p><input type="checkbox"/> No deseo contestar</p>	<p>Veterano: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Trabajador agrícola: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>Sexo asignado al nacer:</p> <p><input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> intersexo</p> <p><input type="checkbox"/> femenino <input type="checkbox"/> No deseo contestar</p>		

Ingresos

Ingreso anual familiar previsto para este año: _____ Número total de personas que viven en su hogar incluyéndose a usted: _____

<p>Verifico que la información es correcta según mi mejor saber y entender.</p> <p>X _____ /____/____</p> <p>Firma del/de la paciente</p>	<p>Henderson Wellness Clinic lleva a cabo investigación para ayudar a las comunidades que atendemos. Si NO quiere participar, ponga una marca en la cajita a continuación.</p> <p><input type="checkbox"/> No se ponga en contacto conmigo sobre la investigación</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------