



REGISTRACIÓN DE NUEVO PACIENTE

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Nombre Preferido: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Sexo Asignado al Nacer: Mujer Hombre Indiferenciado # de Seguro Social: _____

Pronombre Preferido: Él/He/Him Ella/She/Her Elle/They/Them Otro (especificar): _____

Estado Civil: Soltero Casado Viudo Divorciado Separado Pareja de Hecho

Dirección/Caja Postal: _____ Número de Apartamento: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Hogar: (_____) _____ Número Celular: (_____) _____

Correo Electrónico: _____

Tiene una directiva anticipada de atención de la salud? Sí No

Raza: Asiático (especificar): _____ Negro/Africano Americano Blanco
 Indio Americano/Nativo de Alaska Indígena de Hawái Otras Islas del Pacífico: (especificar): _____
 Más De Una Raza Prefiero no decir

Etnicidad: Hispano/Latino No Hispano/Latino Mexicano Cubano Puertorriqueño
 Otro Hispano/Latino Prefiero no decir

Orientación Sexual: Heterosexual Lesbiana, Gay, o Homosexual Bisexual
 Otra (especificar): _____ No Sé Prefiero no decir

Identidad de Género: Femenino Masculino No Binario Mujer-a-Hombre/ Transgénero
Hombre/Trans Hombre Hombre-a-Mujer/Transgénero Mujer/Trans Mujer
 Otra: (especificar): _____ Prefiero no decir

Contacto de Emergencia:

Nombre: _____ Relación: _____ Número: (_____) _____

Farmacia Preferida: _____ Dirección de Farmacia: _____

Seguro Médico: _____ Número de Póliza: _____

Nombre de a Quién Está la Póliza: _____

Seguro Secundario: _____ Número de Póliza: _____

Nombre de a Quién Está la Póliza: _____

Fecha de Nacimiento de a Quién Está la Póliza: _____

Doctor Primario Previo:

Nombre: _____ Número de Contacto: (____) _____

Dirección: _____

Por favor conteste lo siguiente con la mayor precisión posible. Esta información nos permite proveer servicios al menor costo posible.

Tamaño del Hogar: _____ Ingreso Mensual del Hogar: _____

Situación de Vivienda:

No soy persona sin hogar Refugio para indigentes Vivienda de transición Compartiendo vivienda con otra familia/persona En la calle Vivienda de apoyo permanente Otra Desconocida

¿Es usted un veterano? Sí No

¿Usted es trabajador estacional o trabajador migrante? No Estacional Migrante

¿Tiene usted una discapacidad física o mental? Sí No

¿Abusa usted de sustancias que incluyen alcohol, tabaco, opioides, drogas ilícitas? Sí No

SOLAMENTE PARA MENORES DE EDAD (MENOS DE 18 AÑOS):

Nombre del Padre/Guardián Legal: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio: _____ Relación al Menor: _____

Número de Teléfono: (____) _____

Nombre del Padre/Guardián Legal: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio: _____ Relación al Menor: _____

Número de Teléfono: (____) _____

HISTORIA DE CIRUGÍAS

Procedimientos

Fecha Aproximada

HISTORIA SOCIAL

- Tabaco** Cajas al día: Duración: Fecha en que dejó de consumir:
- Tabaco sin humo** Usos al día: Duración: Fecha en que dejó de consumir:
- Drogas Ilícitas** Tipo: Frecuencia: Duración: Fecha en que dejó de consumir:
- Marijuana** Forma: Frecuencia: Duración: Fecha en que dejó de consumir:
- Alcohol** Bebidas por semana: Duración: Fecha en que dejó de consumir:

VACUNAS (Indique la fecha aproximada de la última administración)

Neumonía	_____	Monkeypox	_____
Herpes	_____	Hepatitis A	_____
Tétano/TDAP	_____	Hepatitis B	_____
Gripa	_____		
Virus del Papiloma Humano	_____		
COVID-19	_____		

PRUEBAS DE DETECCIÓN (Indique la fecha aproximada de la última vez que se realizó)

Mamografía	_____	Escaneo de Cáncer del Pulmón	_____
Papanicolaou	_____	Colonoscopia	_____
Densitometría de Huesos	_____	Aneurisma Abdominal	_____

OTROS DOCTORES/ESPECIALISTAS/PROVEEDORES QUE PARTICIPAN EN SU CUIDADO:

Tipo de Especialista	Nombre de Especialista
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____