



Norwalk Community Health Center

Formulario de registro del paciente

Fecha: _____ Lenguaje principal: _____

Nombre de paciente: _____
(Apellido) (Nombre) (Segundo Nombre)

Fecha de Nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____

Dirección del Paciente: _____
(Calle) (Ciudad) (Código postal)

Dirección postal (si es diferente): _____
(Calle) (Ciudad) (Código postal)

Teléfono de la casa: _____ Celular: _____ Email: _____

Gender: Varón Hembra Transgender hombre/Trans hombre/FTM Genderqueer
 Transgender mujer/Trans Mujer /MTF Elegir no divulgar
 Identidad adicional (rellenar) _____

¿Qué sexo le asignaron al nacer? Varón Hembra Decline to state

Sexual Orientation: Lesbiana o gay Hetero Bisexual
 Algo más No lo sé Elegir no divulgar

¿Cuál es su nombre preferido y qué pronombres prefiere (por ejemplo, él / ella, ella / ella): _____

Estado civil: Casado Soltero Viudo Divorciado

Race: Afrolatino Afroamericano Asiático Caucásico Multiracial Indígena Americano / Nativo de Alaska / Inuit Isleño del pacífico Otro

Ethnicity: Hispano Latino / Latina No Hispano / Latino / Latina

Housing Status: Viviendo en un refugio Vivir con un amigo o pariente Vivienda privada Vivienda pública Calle Transición de estar

Estatus de Veterano: Soy Veterano No soy Veterano
Rama militar: _____



Norwalk Community Health Center

Formulario de registro del paciente

Guardián legal: _____
(Apellido) (Nombre) (Segundo Nombre)

Teléfono: _____

Guardian Relationship:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Madre |
| <input type="checkbox"/> Guardián legal | <input type="checkbox"/> Padres de Crianza |
| <input type="checkbox"/> Abuelo | <input type="checkbox"/> Conservador |
| <input type="checkbox"/> Poder de abogado | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Contacto de Emergencia

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____

Numero de Telefono: _____

¿Sabe esta persona que eres un paciente?? Si No

Información de farmacia

Farmacia primaria: _____ Numero de Telefono: _____

Dirección: _____



Norwalk Community Health Center

Formulario de registro del paciente

Información financiera

Ingresos del hogar: \$ _____ Anual Mensual Semanal Quincenal

Numero de dependientes: _____ (Incluya cónyuge e hijos menores de 18 años.)

Nombre de la Compañía de Seguros Primaria:

Numero de Poliza: _____ **Numero de Grupo:** _____

Nombre del titular de la póliza: _____ **Relación:** _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____ **Numero Social:** _____

Nombre de la compañía secundaria de

seguros: _____

Numero de Poliza: _____ **Numero de Grupo:** _____

Nombre del titular de la póliza: _____ **Relación:** _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____ **Numero Social:** _____



Norwalk Community Health Center

Formulario de registro del paciente

Consentimiento General para tratamiento y facturación

Doy permiso al Norwalk Community Health Center (NCHC) para proporcionar la evaluación y el tratamiento médico, conductual y / o dental necesarios.

1. Permiso que NCHC presente los beneficios del seguro para pagar la atención recibida. Entiendo eso:
 - Norwalk Community Health Center
 - Debo pagar mi parte de los costos
 - Debo pagar el costo de estos servicios

2. Entiendo:
 - Tengo el derecho de rechazar cualquier procedimiento o tratamiento.
 - Tengo derecho a discutir todos los tratamientos médicos con mi proveedor.

Declaro que la información enumerada anteriormente es precisa y completa. Entiendo que se me puede pedir evidencia para verificar la declaración de ingresos y el tamaño de la familia.

Imprimir Nombre del paciente / Padre o tutor (para niños menores de 18 años)

Fecha

Firma del paciente / padre o tutor (para niños menores de 18 años)



Norwalk Community Health Center

Formulario de registro del paciente

Acknowledgement of Receipt

Patient Name: _____
(Last) (First) (Middle)

Date of birth: _____

By signing this form, I am acknowledging that:

- I am either the patient or the patient's legal guardian or personal representative;
- I have received a copy of the "Notice of Privacy Practices" for Norwalk Community Health Center, Inc.;
- I have received the Norwalk Community Health Center's Patient's Bill of Rights in a language I can understand;
- I understand that I may contact Norwalk Community Health Center Inc. at any time in the future if I have questions about the content of the Notice of Practice and/or the Patient's Bill of Rights.

Please sign and date this acknowledgement form.

Print Patient Name/Parent or Guardian (for children under 18)

Date

Signature of Patient or Parent/Guardian (for children under 18)

Date