



SOLO USO DE PERSONAL

CHART #

REGISTRO E INFORMACIÓN DEL PACIENTE (Por favor complete el formulario)

Form with fields for APELLIDO, PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, FECHA DE NAC., EDAD, SEXO, DIRECCION, CIUDAD, ZIP, INGRESO TOTAL DEL HOGAR, NÚMERO DE PERSONAS EN EL HOGAR, TELEFONO DE CASA, CELULAR, TLF. DE TRABAJO, CORREO ELECTRÓNICO, ESTADO CIVIL, ETNICIDAD, RAZA, ELECCIÓN DE FARMACIA, POBLACIÓN ESPECIAL, ORIENTACION SEXUAL, IDENTIDAD DE GENERO, ¿ESTÁ USTED EXPERIMENTANDO VIVIR SIN HOGAR?, ¿COMO SUPO DE NOSOTROS?, CONTACTO DE EMERGENCIA, RELACION, NUMERO DE TELEFONO.

¿CUÁL ES TU IDIOMA PREFERIDO? Inglés Español Otro

Por favor, selecciona uno o más de los siguientes si tienes necesidades especiales de comunicación/adaptaciones: Baja visión, dificultad para escuchar, sordo, sordo/ciego, ninguno de los anteriores.

¿CUÁL TE DESCRIBE? (selecciona todas las que apliquen): Baja visión Dificultad para escuchar Sordo

Sordo/Ciego Ninguno de los anteriores

DIRECTIVAS ANTICIPADAS

Las directivas anticipadas son documentos legales que proporcionan instrucciones sobre sus decisiones de atención médica Le recomendamos que discuta sus decisiones de tratamiento con el personal medico

¿Le gustaría recibir más información sobre las directivas anticipadas? SI NO

Designado de PHI

Permiso que la persona designada a continuación tenga, de manera verbal o en persona, acceso a la liberación de mi información personal de salud a estos individuos con el propósito de tratamiento, incluyendo la realización de citas y todas las demás funciones normalmente asociadas con la atención individual del paciente, pago y operaciones de salud. La(s) persona(s) enumerada(s) arriba en este formulario deben proporcionar una identificación válida emitida por el gobierno para asegurar su identidad. Este formulario permanecerá vigente durante un año a partir de la fecha en que se firme.

Table with 4 columns: Nombre del Designado, Relación con el Paciente, Número de Teléfono, Fecha de Inicio (si es menos de un año) Especificar.



Al firmar a continuación, doy fe de que la información indicada anteriormente es fiel a mi leal saber y entender.

NOMBRE:		FIRMA:		FECHA:	
TUTOR:			RELACION:		
FIRMA:			FECHA:		