



EXPEDIENTE DE REGISTRO

Fecha: _____

Apellido	Nombre	Segundo Nombre
----------	--------	----------------

Fecha de Nacimiento: _____ [] Masculino [] Femenino

Seguro Social: _____

Medicare No.: _____ Medi-cal No.: _____

Marital Status

[] Soltero(a) [] Casado(a) [] Divorciado(a) [] Separado(a) [] Viudo(a)

Employment Status

[] Empleado(a) [] Estudiante a tiempo completo [] Estudiante a tiempo parcial
 [] Desempleado [] Retirado

Raza (Opcional)

[] American Indian or Alaska Native [] Asian [] Black or African American
 [] Native Hawaiian or Pacific Islander [] Other: _____

Etnicidad

[] Cubano [] Hispano/Latino [] Mexicano, Mexicano-Americano [] Not Latino or Hispanic
 [] Puerto Ricano [] Unknown

Religion: _____

Domicilio del Paciente

Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Telefono de Casa: _____ No. de Celular: _____

Necesidades de servicios linguisticos

Idioma Primario: _____ Idioma Secundario: _____

Servicios de intérprete ofrecidos: Si No Servicios de intérprete aceptados: Si No

Servicios de intérpretes proporcionados por: PCP Otro el paciente tiene discapacidad auditiva: Si No _____

Information del Empleador

Dirección de Empleador: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

No. Telefónico de Empleador: _____

Ocupación: _____

Contacto de Emergencia

Nombre: _____ Relación: _____

No. de Teléfono: _____ No. de Celular: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: CA Código Postal: _____

Autorización:

Por la presente autorizo al *Community Health Care Center / Dr. Martin Zapata* a ser mi médico asistente y a administrarme cualquier examen, tratamiento y medicamentos que él / ella considere terapéuticos a mi presente queja. Por la presente autorizo al *Community Health Care Center / Dr. Martin Zapata* a proporcionar información a mis compañías de seguros sobre esta enfermedad y por la presente yo irrevocablemente asigno a los médicos todo pago por servicios médicos.

Fecha: _____

Firma del Paciente/Padre/Tutor: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____