



# MADERA COUNTY HEALTH DEPARTMENT – REGISTRO DE PACIENTE

**NOMBRE COMPLETO:** \_\_\_\_\_  
(Nombre) (Segundo Nombre) (Apellido) (Sufijo)

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**GÉNERO:** Femenino \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_ Prefiero no Responder \_\_\_\_\_

**ESTADO CIVIL:** Soltero \_\_\_\_\_ Casado \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

**RAZA:** Caucásico \_\_\_\_\_ Afroamericano \_\_\_\_\_ Indio Americano \_\_\_\_\_ Nativo de Alaska \_\_\_\_\_ Asiático Indio \_\_\_\_\_ Chino \_\_\_\_\_  
Filipino \_\_\_\_\_ Japones \_\_\_\_\_ Coreano \_\_\_\_\_ Vietnamesee \_\_\_\_\_ Nativo de Hawái \_\_\_\_\_ Guameña/Chamorro \_\_\_\_\_ Samoano \_\_\_\_\_  
Otro Isleño del Pacifico \_\_\_\_\_ Asiático \_\_\_\_\_ Blanco \_\_\_\_\_ Declino Responder \_\_\_\_\_

**GRUPO ÉTNICO:** Hispano/Latino \_\_\_\_\_ No Hispano/Latino \_\_\_\_\_ Prefiero no Responder \_\_\_\_\_

**IDIOMA PREFERIDA:** Ingles \_\_\_\_\_ Español \_\_\_\_\_ Chino \_\_\_\_\_ Árabe \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

**PERSONA RESPONSABLE:** \_\_\_\_\_

**DOMICILIO:** \_\_\_\_\_

**CIUDAD:** \_\_\_\_\_ **ESTADO:** \_\_\_\_\_ **CONDADO:** \_\_\_\_\_ **CÓDIGO POSTAL:** \_\_\_\_\_

**Número de Teléfono #:** \_\_\_\_\_ **Numero de celular #:** \_\_\_\_\_ **Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_

### Contacto de Emergencia:

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Relación con el Paciente** \_\_\_\_\_

**Número de Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Método Preferido de contacto:** N° de casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Nº de Trabajo \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

**¿NECESITA INTÉRPRETE?:** Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

### Alergias y Gravedad:

¿Tiene Seguro Médico? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Por favor seleccione: Medi-Cal \_\_\_\_\_ Seguro Privado \_\_\_\_\_

Nombre del Seguro Médico: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_

Plan: \_\_\_\_\_ Numero de Grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del suscriptor: \_\_\_\_\_

Proveedor Medico Principal: \_\_\_\_\_ PMP N° de Teléfono: \_\_\_\_\_

Farmacia Preferida: \_\_\_\_\_ N° de Teléfono de Farmacia: \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente: Usted Mismo \_\_\_\_\_ Compañero \_\_\_\_\_ Padre/Tutor Legal \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

REVISED 02.07.23 BS

