



Santa Cruz Women's Health Center, 250 Locust St. Santa Cruz, California 95060 T. 831.427.3500

Place patient label here

Registro del Paciente

Por favor de llenar esta forma y entregarsela a la recepcionista.

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre del paciente: _____ Fecha de nac.: _____ Seguro Social: _____
 Sexo: Femenino Masculino Transexual Femenino a Masculino Transexual Masculino a Femenino No Sé
 Dirección (calle y número): _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Nombre del padre/Responsable del menor: _____ Fecha de nac.: _____ Seguro social: _____

MÉTODO DE CONTACTO

Teléfono de casa: _____ Teléfono de celular: _____ Otro número: _____
 ¿Se puede dejar mensaje? Sí / No Sí / No Sí / No
 Correo electrónico: _____
 Lenguaje que se habla en casa: _____ ¿Necesita intérprete? Sí No
 Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

ESTADÍSTICAS

Estado de hogar Elija uno	EPIC #	Raza (Elija uno o más)	Estado migratorio Elija uno	Grupo étnico	Es Usted Veterano?
<input type="checkbox"/> En riesgo de quedar sin hogar	1	<input type="checkbox"/> Isleño asiático o del pacifico	<input type="checkbox"/> Trabajador migrante	<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> Veterano
<input type="checkbox"/> Viviendo en un refugio	2	<input type="checkbox"/> Negro (puede ser latino/latina)	<input type="checkbox"/> Trabajador temporal	<input type="checkbox"/> No Hispano	<input type="checkbox"/> No Veterano
<input type="checkbox"/> Viviendo con otros menos de 6 meses	3	<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Ninguno de los dos	<input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> Desconocido
<input type="checkbox"/> Viviendo en la calle, el campo o debajo del puente	4	<input type="checkbox"/> Indio Americano			
<input type="checkbox"/> En un hogar transitorio (solo por el momento)	7	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii			
<input type="checkbox"/> Yo rento/ tengo casa propia o departamento	8	<input type="checkbox"/> Blanco (puede ser latino/latina)			
<input type="checkbox"/> Actualmente no sin hogar pero estuve sin hogar en los 12 meses pasados	5	<input type="checkbox"/> Desconocido			

INGRESOS / INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Número de familia: _____ Ingreso total: _____
 (usted y cuantas personas más viviendo y compartiendo gastos) Al mes Al año

Yo, _____ (su nombre) declaro que la información que yo he dado en esta forma es verdadera, correcta, y completa. Comprendo que dando información falsa me puede hacer inelegible para descuentos, programas del estado, y que tendre que proveer información y verificación de mis ingresos.

Firma

Fecha