

Formulario de Inscripción para Pacientes

PACIENTE	Apellido		Primer Nombre		Inicial	Fecha de Nacimiento		
	Nombre de Preferencia		Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro		Número de Seguro Social			
	Dirección Postal			#Apt/Unidad	Ciudad		Estado	Código Postal
	Teléfono Primario		Tipo <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Tel para mensajes <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Vecino		Teléfono Secundario		Tipo <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Tel para mensajes <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Vecino	
	Correo Electrónico			Medio de Contacto Preferido <input type="checkbox"/> Tel <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Correo Electrónico <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Portal de Paciente <input type="checkbox"/> No Tiene Preferencia				
	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Otro		Idioma Principal		Necesita un Intérprete <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Preferencia Religiosa <input type="checkbox"/> cristiano <input type="checkbox"/> judío <input type="checkbox"/> musulmán <input type="checkbox"/> ninguno <input type="checkbox"/> Otro		
	Etnicidad Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se rehúsa a contestar		Raza <input type="checkbox"/> Áfrico Americano <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Hawaiano/De las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indígena Americano /Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Se Rehúsa Contestar <input type="checkbox"/> Otro			Estado Militar <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Se rehúsa a contestar <input type="checkbox"/> Nunca presto servicio <input type="checkbox"/> Otro ____		
	Nombre del médico de Atención Primaria (PCP)		Teléfono		Dirección			
	¿Cómo se enteró de UNLV Medicine? <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Familia/Amigo <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Otro _____							
	Contacto de Emergencia			Número de Contacto		Relación al Paciente		
Contacto de Emergencia Secundario			Número de Contacto		Relación al Paciente			
Situación Laboral <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Jubilado		Empleador			Fecha de Jubilación (Si aplica)			

GARANTE <small>(principalmente responsable)</small>	Apellido (Padre/Tutor #1)		Primer Nombre		Número de Seguro Social		Relación al Paciente <input type="checkbox"/> Uno mismo <input type="checkbox"/> Mama <input type="checkbox"/> Papa <input type="checkbox"/> Otro	
	Fecha de Nacimiento	Dirección			Ciudad		Estado	Código Postal
	Apellido (Padre/Tutor #2)		Primer Nombre		Número de Seguro Social		Relación al Paciente <input type="checkbox"/> Uno mismo <input type="checkbox"/> Mama <input type="checkbox"/> Papa <input type="checkbox"/> Otro	
	Fecha de Nacimiento	Dirección			Ciudad		Estado	Código Postal
	Teléfono Primario		Tipo <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro		Teléfono Secundario		Tipo <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro	

SEGURO PRIMARIO	Nombre de la Compañía de Seguro		Identificación de seguro / # de Certificado			# de Grupo	
	Fecha de Vigencia	Cobertura por Medio de <input type="checkbox"/> Empleador Actual <input type="checkbox"/> Jubilación <input type="checkbox"/> Cobra <input type="checkbox"/> Otro			Nombre del Empleador		
	Apellido del Suscriptor			Primer Nombre del Suscriptor		Fecha de Nacimiento	
	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro		Número de Seguro Social			Relación al Paciente <input type="checkbox"/> Uno mismo <input type="checkbox"/> Mama <input type="checkbox"/> Papa <input type="checkbox"/> Otro	

SEGURO SECUNDARIO	Nombre de la Compañía de Seguro		Identificación de seguro / # de Certificado			# de Grupo	
	Fecha de Vigencia	Cobertura por Medio de <input type="checkbox"/> Empleador Actual <input type="checkbox"/> Jubilación <input type="checkbox"/> Cobra <input type="checkbox"/> Otro			Nombre del Empleador		
	Apellido del Suscriptor			Primer Nombre del Suscriptor		Fecha de Nacimiento	
	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro		Número de Seguro Social			Relación al Paciente <input type="checkbox"/> Uno mismo <input type="checkbox"/> Mama <input type="checkbox"/> Papa <input type="checkbox"/> Otro	

Por favor asegúrese de dar los datos de las áreas de color gris. Por favor use tinta negra