



# CENTROS COMUNITARIOS DE SALUD DE LOS CONDADOS BENTON Y LINN

## Formulario de Registro Completo

### INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Nombre: \_\_\_\_\_ Número Seguro Social: \_\_\_\_\_  
*Apellido Paterno                      Nombre                      Segundo Nombre o Inicial*

Otros Nombres Usados: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Apellido de Nacimiento: \_\_\_\_\_  Femenino  Masculino  
*Mes / Día / Año*

Dirección Física: \_\_\_\_\_  F to M  M to F

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Dirección Postal (si es diferente a la de arriba): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Por favor provea al menos dos números de teléfono en donde podemos encontrarlo(la) y díganos qué clase de teléfonos son:

( ) \_\_\_\_\_  Hogar  Trabajo  Celular  Buscador Electrónico  Mensajes

( ) \_\_\_\_\_  Hogar  Trabajo  Celular  Buscador Electrónico  Mensajes

¿Necesitamos comunicarnos con usted a una dirección postal diferente a la arriba indicada, algún otro número de teléfono, o a través de algún otro método para asuntos confidenciales?  Sí  No

¿Necesita un Intérprete?  Sí  No                      ¿Cuál es su lenguaje principal? \_\_\_\_\_

Cuál de los siguientes describe mejor:

**Raza Marque**  Ingídena de Alaska  Indígena Americano  Asiático  Negro **Etnicidad**  Hispano

*todos los encasillados que correspondan*  Nativo de Hawaii  Nativo Islas del Pacífico  Blanco  No Hispano

### CONTACTO DE EMERGENCIA LOCAL

Nombre: \_\_\_\_\_

Número Teléfono Hogar: \_\_\_\_\_ Número Teléfono Trabajo: \_\_\_\_\_

Relación Con el Cliente: \_\_\_\_\_ ¿Es Usted el Guardián Legal del Cliente?  Sí  No

### FIADOR (Persona que se responsabiliza a pagar - la información del seguro médico está en la próxima sección)

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
*Apellido                      Nombre                      Inicial*

Dirección Postal: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
*Mes / Día / Año*

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Relación Con el Cliente: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN SEGURO MÉDICO

¿Tiene Seguro Médico de Salud?  Sí  No                      ¿Tiene usted algún seguro médico adicional?  Sí  No

Yo no tengo seguro médico o tengo un seguro con un deducible muy alto y me gustaría solicitar la ayuda de acuerdo a la escala salarial para ayudar a cubrir el costo de mis visitas. (Se le podría pedir que provea verificación de sus ingresos por medio de talones de cheque o documentos sobre sus contribuciones de ingresos).

Nombre del Seguro Principal: \_\_\_\_\_

Dirección Postal del Seguro: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de la Persona Principal en el Seguro: \_\_\_\_\_ Relación Con el Cliente : \_\_\_\_\_  
*Apellido                      Nombre                      Inicial*

Dirección Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Número de Identificación del Seguro: \_\_\_\_\_ Número de Grupo: \_\_\_\_\_

¿Tiene usted algún seguro medico adicional?  Sí  No