Chiricahua Community Health Centers, Inc.
Forma De Registro Del Adulto

Fecha de Visita:_____

Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de Nacimento:
Numero de Seguro Social	Poner otro nombres que usted use:		

Domicilio	Ciudad	Estado	Codigo Postal
Dirección del correo	Ciudad	Estado	Codigo Postal
Teléfono de la Casa	Teléfono del Trabajo	Teléfono de Mensaje	

Si el paciente tiene un guardián legal designado, liste el nombre de la persona abajo.

Nombre de guardián	Relación y Teléfono
Domicilio	Fecha de Nacimiento

En caso de emergencia, a quien podemos hablar:

Nombre	Teléfono	Relaciòn

Termine por favor el siguiente: ☐ **Hombre** ☐ **Mujer**

Estado civil

- ☐ Soltero(a)
- ☐ Casado (a)
- ☐ Divorciado
- ☐ Viviendo Juntos
- ☐ Separados
- ☐ Viudo (a)

Raza

Nacionalidad

Idioma Hablado:

- ☐ Español
- ☐ Inglés
- ☐ Otro?

Posición de vetorano: ☐ Sí ☐ No

¿Como se dio cuenta de nosotros?

- ☐ Periódico
- ☐ Cartelon
- ☐ Páginas amarillas
- ☐ Amistades
- ☐ Familia
- ☐ Radio
- ☐ Internet
- ☐ Folleto
- ☐ Anuncio de Television
- ☐ ¿Otro?

Le gustaria recibir informacion sobre testamento en vida o poder legal medico? ☐ Sí ☐ No
Si usted ya tiene un testemento en vida, poder legal medico, DNR o un Directivo de Cuidado De Salud, por favor presentarlo para hacer una copia.

Yo, _____ doy mi permiso a Chiricahua Community Health Centers, Inc. para darme tratamiento _____ Yo _____ hijo/hija menor.

_____ _____
Firma de Pacienta or Guardian Fecha

Estas declaraciónes echa por mi, son ciertas. Doy autorización a la clinica para que puedan verificar esta información. Estoy informado(a) de mis derechos y responsabilidades sobre los servicios dados en la clinica. Tambien doy permiso a la clinica para que me hagan examenes, tratamientos, examenes de laboratorio, y diagnosticos necesarios. Comprendo que si los examenes de enfermedades venerias resultan positivas la clinica podra dar información a agencias de salud, lo cual es requerido por la ley. Tambien, comprendo que soy responsable por tratamientos necesarios para mejorar mi salud. Doy permiso a la clinica y al Departamento de Servicios de Salud para usar la informacion contenido en mi archivo medico por propositos estadisticos, y autorizacion de facturas medicas:

_____ _____
Firma de Pacienta or Guardian Fecha