



## Hoja de Registración del Cliente

MRN: \_\_\_\_\_

¿Con quien tiene cita hoy?  Care Manager  Doctor  Grupo  Enfermera  Enfermera Practicante  Terapeuta  Otro

¿A qué hora es su cita de hoy? \_\_\_\_\_ A.M or P.M

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_  Móvil  Casa  Trabajo  Texto

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

¿Consentimiento para que nos comuniquemos con usted por teléfono?  Si  No

¿Consentimiento para que dejemos un mensaje de voz en el teléfono?  Si  No

¿Consentimiento para que le enviemos mensajes de texto?  Si  No

**Por favor circule lo siguiente si ha habido un cambio:**

¿Su **Cobertura de Aseguranza o Ingreso** ha cambiado en los últimos 30 días?  Si  No

Doctor Primario: \_\_\_\_\_ ¿Ha cambiado desde su última cita?  Si  No

Farmacia: \_\_\_\_\_ ¿Ha cambiado desde su última cita?  Si  No

¿Tiene Guardian o Poder Legal?  Si  No

### Por favor marque Si o No

¿Es paciente nuevo?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Vive en un hogar temporero o casa de recuperación?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Es Veterano(a)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Vive en un lugar temporero como un hotel, motel o campamento?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Vive en la calle o en una casa abandonada?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Está quedándose con amigos o durmiendo en un sofá?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Vive en un refugio de mujeres?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Vive con familiares o amigos y no está usted en el contrato?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Vive en un refugio de indigentes?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Vive en alojamiento inestable o apenas consiguió alojamiento en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Vive en vivienda pública?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Alguna vez fue trabajador(a) de agrícola temporero(a) durante los últimos 2 años?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Cómo supo de nosotros?	<input type="checkbox"/> Volante <input type="checkbox"/> Cartelera <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Referido <input type="checkbox"/> Anuncio de Internet <input type="checkbox"/> Periodico <input type="checkbox"/> Redes Sociales <input type="checkbox"/> Familiar/Amigo		