



Mora Valley Community Health Services, Inc.

(Información solicitada es necesaria por nuestras fuentes de financiación.)

Registro (Por Favor Imprima)

Fecha: _____ Numero de Casa: _____ Numero de Celular: _____ Numero de Trabajo: _____

Nombre: _____ Numero de Seguro Social: _____

Dirección Postal: _____

Dirección Física: _____ Ciudad Estado Código Postal

Sexo: M ___ F ___ Edad: ___ Fecha de Nacimiento: _____ Acceso al Portal del Paciente: Sí ___ No ___ en caso

afirmativo, Correo Electrónico: _____

Estado Civil: Soltero/a ___ Casado/a ___ Divorciado/a ___ Viudo/a ___

Ingreso Anual del Hogar: \$ _____ Numero de Miembros en el Hogar: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

Dirección del Negocio: _____ Teléfono: _____

Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Orientación Sexual: Heterosexual _____
Gay, lesbiana o homosexual _____
Bisexual _____
Algo diferente _____
No lo sé _____
Elija No revelar _____

Transgénero: Mujer a hombre _____
Hombre a mujer _____
Otro _____
Elija No revelar _____

Sí No

- ¿Condición de veterano: Han completado servicio en los servicios uniformados de los Estados Unidos?
- ¿Eres de etnia hispana?
- ¿Se sirve mejor en un idioma diferente al inglés? ¿En caso afirmativo, que _____?
- Migrantes
- Personas sin hogar
- Trabajador temporal

Por favor, seleccione su carrera, seleccione todas las que apliquen

- Indio Americano / Nativo de Alaska
- Asia
- Nativo hawaiano
- Negro/Afro Americano
- Blanco (incluyendo blancos de latinos/hispanos decente)
- Isleños del Pacífico
- Otro

RESPONSABILIDAD DE LA CUENTA

Persona responsable de la cuenta: _____
Apellido Primer Nombre

Relación con el Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Seguro Social: _____

SEGURO PRIMARIO

Nombre del Suscriptor: _____ Relación al Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Compañía del Seguro: _____ Numero de Seguro Social #: _____

Nombres de otros dependientes cubiertos bajo este plan: _____

SEGURO ADICIONAL

Nombre del Suscriptor: _____ Relación: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Compañía del Seguro: _____

Nombres de otros dependientes cubiertos bajo este plan: _____

Firma (paciente o padre si es menor): _____ **Fecha:** _____