

New York Institute of Technology

ACADEMIC HEALTH CARE CENTER

Northern Blvd, Old Westbury, NY 11568
(516) 686-1300 Fax: (516) 686-7890

FAMILY HEALTH CARE CENTER

267 Carleton Ave, Central Islip, NY 11722
(631) 348-3254 Fax: (631) 348-3031

Formulario de información y registro del paciente

Instrucciones: Complete todas las secciones que correspondan. Escriba con claridad.

Fecha de hoy: _____

¿Cómo se enteró de nuestro centro médico?

Nombre del proveedor que lo remitió: _____

Información del paciente	
Nombre del paciente	Primer nombre:
	Inicial del segundo nombre:
	Apellido:
	Nombre preferido:
Fecha de nacimiento	
Edad	
Domicilio del paciente	Calle:
	Ciudad:
	Estado:
	Código postal:
Número de teléfono de la vivienda	
Número de celular	
Correo electrónico	

New York Institute of Technology

Sexo al nacer	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Elijo no revelarlo
Identidad de género actual	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Hombre transgénero/Mujer a hombre (FTM, por sus siglas en inglés) <input type="checkbox"/> Mujer transgénero/Hombre a mujer (MTF, por sus siglas en inglés) <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> Elijo no revelarlo
Estado civil	<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> En una relación <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Otro:
Raza (opcional)	
Etnia (opcional)	
Lenguaje principal	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro:
¿Necesita un traductor?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene problemas para comunicarse?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (explique cuáles):
¿Es un estudiante?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	¿A qué escuela va?
Ocupación	
Empleador	Nombre de la compañía:
	Domicilio de la compañía:
	Número de teléfono de la compañía:

Contacto de emergencia	
Relación con el paciente	<input type="checkbox"/> Usted es el paciente <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Otro:
Nombre del contacto	Primer nombre:
	Apellido:
Número de teléfono	
Domicilio	Calle:

New York Institute of Technology

	Ciudad:
	Estado:
	Código postal:

Persona responsable de la cuenta (titular del seguro):	
Relación con el paciente	<input type="checkbox"/> Usted es el paciente <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Otro:
Nombre de la persona responsable de la cuenta	Primer nombre:
	Inicial del segundo nombre:
	Apellido:
Fecha de nacimiento	
Domicilio de la vivienda	Calle:
	Ciudad:
	Estado:
	Código postal:
Empleador de la persona responsable de la cuenta	Nombre de la compañía:
	Domicilio de la compañía:
	Número de teléfono de la compañía:

Información del seguro	
Seguro principal	
Número de póliza	
Número de grupo	
Domicilio	
Seguro secundario	
Número de póliza	
Número de grupo	

New York Institute of Technology

Domicilio	

Médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés)

Médico de atención primaria	<input type="checkbox"/> DO <input type="checkbox"/> MD
	Primer nombre:
	Apellido:
Número de teléfono	
Número de fax	
Domicilio del PCP	Calle:
	Ciudad:
	Estado:
	Código postal:

Farmacia

Nombre de la farmacia	
Número de teléfono	
Número de fax	
Domicilio de la farmacia	Calle:
	Ciudad:
	Estado:
	Código postal:

Nombre de la persona que completa este formulario	Primer nombre:
	Inicial del segundo nombre:
	Apellido:
Relación con el paciente	<input type="checkbox"/> Usted es el paciente <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Otro:
Firma	