



**DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA CONDADO MARICOPA
FORMA DE REGISTRACIÓN PARA EL CLIENTE**

LABEL

Complete esta forma, con la información de los padres o tutores del menor. La siguiente información es con el fin de inscribirlo/la y se mantendrá confidencial. Agradecemos su cooperación

¿Podemos los recordatorios de correo y en contacto con usted en casa? (Confidencial) SI NO Dejar mensaje en teléfono SI NO

Información del paciente (Por favor use letra de molde clara o circule apropiadamente)

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ País de nacimiento _____
(Apellido) (Nombre) (Inicial) (Mes/Día/Año)

Alguna vez ha usado otro nombre apellidó (circule uno) SI No Si la respuesta es SI Nombre que ha usado _____

Nombre del padre o tutor (para menores de 18 años) _____

Estado Civil Soltero Casado Divorciado Viudo Otro Género: Masculino Femenino _____ Ocupación _____

Dirección _____ # de Apartamento _____ Ciudad _____ Estado _____

Zona postal _____ Condado _____ Tel. # (casa/mensaje) _____ Tel. # (trabajo/celular) _____

Nombre de la persona a quien contactar si fuera necesario (fuera de su hogar)

Nombre _____ Relación con el paciente _____

Dirección: _____ # de Apartamento _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona postal _____

Número de Teléfono: _____ Podemos dejar mensajes/información Si No _____

Grupo Étnico/Raza (Marque solo UNO)

Idioma Primario (Marque solo UNO)

<input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Blanco o Caucásiana <input type="checkbox"/> Negro o Afro Americano <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático o otro de las Islas del Pacífico (especifique) _____ <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Birmano <input type="checkbox"/> Somalí <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____
--	---

Tiene Ud. seguro médico que cubra los gastos primarios? (Sus visitas al doctor) Si No

Nombre del médico que lo/la recomendó/Clinica _____ # de teléfono _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona postal _____

Nombre del médico proveedor de los cuidados primarios/Clinica _____ # de teléfono _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona postal _____

Por medio de esta certifico que toda la información obtenida es correcta.

Cliente/Padre /Tutor Firma _____ Fecha _____

FOR STAFF USE ONLY	
Client PID: _____	Date of Last Visit: _____
Entered By: _____	Staff Initials _____ Date ____/____/____