

## **Southside Community Health Services** Formulario de Registro del Paciente

Apellido  Fecha de Nac:/	a □ Él □ Elle/Elles □ Otro  l □ Pansexual □ "Queer" □ Elijo no revelar  demenino □ No Binario/"Genderqueer" □ Otro □ Elijo no revelar Apt #  Código Postal
Sexo asignado al nacer: □ Masculino □ Feminino □ Pronombres: □ E  Orientación Sexual: □ Heterosexual □ Homosexual o/Lesbiana □ Bisexu  Identidad de Género: □Masculino □ Feminino □ Trans Masculino □ Trans  Domicilio □ Ciudad □ Estado □ Marque si es aplicable: □ Sin Hogar □ Vivienda Públ  N.º de Contacto Principal: Cel.(□ ) □ Casa(□ ) □ N.º Seguro Social □ - □ Correo Elec. □ ¿Uste □ Estado Civil: □ Soltero/a □ Casado/a □ Divorciado/a □ Seguro Social □ Corigen Étnico: ¿Es usted Hispano/Latino? □ Si □ No □ País de Norigen Étnico: ¿Es usted Hispano/Latino? □ Si □ No □ País de Norigen Étnico: ¿Es usted Hispano/Latino? □ Si □ No □ País de Norigen Estado Civil: □ Soltero/a □ Casado/a □ Indio Americano □ Nativo Hawaiano □ Nativo de Alaska □ Indio Americano □ Casado □ Casado/a □ Indio Americano □ Nativo Hawaiano □ Nativo de Alaska □ Indio Americano □ Casado/a □ Indio Americano □ Casado/a □ Internet □ Otro □ Televisión □ Evento □ Internet □ Otro □ Televisión □ Televisión □ Evento □ Internet □ Otro □ Televisión □ Evento □ Internet □ Otro □ Televisión □ Evento □ Internet □ Otro □ Televisión □ Telev	a
Sexo asignado al nacer:   Masculino  Feminino  Pronombres:  E  Orientación Sexual:  Heterosexual  Homosexual o/Lesbiana  Bisexu  Identidad de Género:  Masculino  Feminino  Trans  Masculino  Trans  Domicilio   Ciudad  Estado  Marque si es aplicable:  Sin Hogar  Vivienda  Públ  N.º de Contacto  Principal:  Cel.()  Casa()  N.º Seguro  Social  Correo  Elec.   ¿Cual es su idioma  preferido?  Cusado/a  Divorciado/a  Seguro  Contacto de Emergencia:  (Nombre y Apellido)  Origen  Étnico:  ¿Es usted Hispano/Latino?  Si  No  País de  Raza:  (Por favor marque todas las que correspondan)  Blanca  Nativo  Hawaiano  Nativo de  Alaska  Indio  Americano   ¿Es usted  Veterano de las fuerzas armadas?  Si  No  ¿Es usted trabajador   ¿Como se enteró de nuestra  Clínica?  Pariente  Amigo/a  Radio  Televisión  Evento  Internet  Otro   Internet  Otro  Internet  Otro  Internet  Otro  Internet  Inter	Pansexual "Queer" Elijo no revelar  emenino No Binario/"Genderqueer" Otro Elijo no revelar Apt #  Código Postal
Identidad de Género: □Masculino □Feminino □Trans Masculino □Trans  Domicilio  Ciudad	emenino □No Binario/"Genderqueer" □Otro □ Elijo no revelar _Apt #  Código Postal
Ciudad	Apt #Código Postal
Ciudad	Apt #
Marque si es aplicable: □ Sin Hogar □ Vivienda Públ  N.º de Contacto Principal: Cel.()	
N.º de Contacto Principal: Cel.(	( ' 1 //2 '/ 01)
N.º Seguro Social	ca (no incluye "Sección 8")
¿Cual es su idioma preferido? ¿Usterestado Civil: □ Soltero/a □ Casado/a □ Divorciado/a □ Septerestado Civil: □ Soltero/a □ Casado/a □ Divorciado/a □ Septerestado Civil: □ Soltero/a □ Casado/a □ Divorciado/a □ Septerestado Contacto de Emergencia: (	Trabajo()
Estado Civil:  Soltero/a  Casado/a  Divorciado/a  Septendario	
Contacto de Emergencia: (Nombre y Apellido)  Origen Étnico: ¿Es usted Hispano/Latino? □Si □No País de NRaza: (Por favor marque todas las que correspondan) □ Blanca □ Nativo Hawaiano □ Nativo de Alaska □ Indio Americano ¿Es usted Veterano de las fuerzas armadas? □Si □No ¿Es usted trabajador país ¿Como se enteró de nuestra Clínica? □ Pariente □ Amigo/a □ Radio □ Televisión □ Evento □ Internet □ Otro □ Tel	necesita un intérprete?: ☐ Si ☐ No
Origen Étnico: ¿Es usted Hispano/Latino? □Si □No País de N Raza: (Por favor marque todas las que correspondan) □ Blanca □ □ Nativo Hawaiano □ Nativo de Alaska □ Indio Americano ¿Es usted Veterano de las fuerzas armadas? □Si □No ¿Es usted trabajador s ¿Como se enteró de nuestra Clínica? □ Pariente □ Amigo/a □ Radio □ Televisión □ Evento □ Internet □ Otro	rado/a □ Unión Libre □ Viudo/a
Origen Étnico: ¿Es usted Hispano/Latino? □Si □No País de N Raza: (Por favor marque todas las que correspondan) □ Blanca □ □ Nativo Hawaiano □ Nativo de Alaska □ Indio Americano ¿Es usted Veterano de las fuerzas armadas? □Si □No ¿Es usted trabajador s ¿Como se enteró de nuestra Clínica? □ Pariente □ Amigo/a □ Radio □ Televisión □ Evento □ Internet □ Otro	
Raza: (Por favor marque todas las que correspondan)	(Tel.) (Parentesco)
□ Nativo Hawaiano □ Nativo de Alaska □ Indio Americano ¿Es usted Veterano de las fuerzas armadas? □Si □No ¿Es usted trabajador de ¿Como se enteró de nuestra Clínica? □ Pariente □ Amigo/a □ Radio □ Televisión □ Evento □ Internet □ Otro	acimiento:
¿Es usted Veterano de las fuerzas armadas? □Si □No ¿Es usted trabajador de ¿Como se enteró de nuestra Clínica? □ Pariente □ Amigo/a □ Radio □ Televisión □ Evento □ Internet □ Otro	fricano/Afroamericano 🚨 Asiático
¿Como se enteró de nuestra Clínica? ☐ Pariente ☐ Amigo/a ☐ Radio ☐ Televisión ☐ Evento ☐ Internet ☐ Otro	☐ Isleño del Pacífico ☐ Desconocida
☐ Televisión ☐ Evento ☐ Internet ☐ Otro	igrante? □Si □No o de temporada? □Si □No
Número de miembros en el hogar: Estimado de ingresos p	☐ Periódico ☐ Página Web de Southside
5	-
Información del Padre / Tutor (si el paciente es menor de edad)	
Padre/Tutor 1:  Padre/Tutor 2	
	r año del hogar: \$
	r año del hogar: \$ el paciente:
□Guardián Legal         Fec. de Nac:/	r año del hogar: \$