

Registro del cliente

- Manual del beneficiario dado
- Directorio de proveedores de CCMHP dado
- Registro del cliente
- Actualización del cliente

Fecha: _____ Nombre del Cliente: _____
(primer nombre, segundo nombre, apellido)

N.º de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____ **Sexo legal:** Masculino Femenino No binario Desconocido

INFORMACIÓN DE CONTACTO: Esta dirección es: Permanente Temporal Confidencial

Dirección de la calle: _____ Condado: _____

Ciudad: _____ Estado _____ Código postal: _____ País: _____

N.º de teléfono residencial: _____ N.º de teléfono móvil: _____ ¿Desea recibir mensajes de texto? Sí No

N.º de teléfono residencial: _____ **Tipo de número:** Residencial Laboral Móvil N.º de menor confidencial Otro teléfono

Dirección de correo electrónico: _____ Marque aquí si no tiene correo electrónico:

Idioma hablado preferido: _____ ¿Necesita un intérprete? Sí No

Estado civil: _____ Religión: _____

Apellido de soltera: _____ Apellido de soltera de la madre: _____

Raza:

Nativo de Alaska Indio americano Guameño/Chamorro Samoano Desconocido No contesta

Otra raza: _____

Nativo de Hawái/Otro Nativo de la Polinesia

Polinesio Micronesio Melanesio Nativo de Hawái

Otra raza isleña del Pacífico: _____

Asiático

Indio asiático Bangladesí Butanés Birmano Camboyano Chino
 Taiwanés Filipino Indonesio Japonés Coreano Laosiano
 Paquistaní Hmong Malasio Originario de Iwo Jima Maldivo
 Nepalés Okinawense Singapurense Esrilanqués Tailandés Vietnamita

Otra raza asiática: _____

Negro/Afroamericano

Afroamericano Africano Bahameño Barbadosense Negro Isleño de Dominica
 Dominicano Haitiano Jamaicano Trinitense Trinitense Malgache
 Indiano

Blanco

Blanco o caucásico Europeo Árabe De Medio Oriente o Norteafricano

Nombre del cliente _____

Etnia:

- No contesta Desconocido No hispano o latino Cubano Dominicano Puertorriqueño
 Latinoamericano
 Otro: _____

Sudamericano

- Sudamericano Argentino Boliviano Chileno Colombiano Ecuatoriano
 Paraguayo Peruano Uruguayo Venezolano Indio sudamericano Criollo

Español

- Español Andaluz Asturiano Castellanoleonés Catalán Balear
 Gallego Valenciano Canario Vasco

Centroamericano

- Centroamericano Costarricense Guatemalteco Hondureño Nicaragüense Panameño
 Salvadoreño Zona del Canal Indio centroamericano

Mexicano

- Mexicano-estadounidense Mexicano Chicano La Raza
 Indio mexicano-estadounidense

¿Atención congregada? Sí No ¿Empleado de atención médica? Sí No

Nombre del centro de atención congregada: _____

Idioma escrito preferido: _____ de los padres _____
(solo para personas de 0 a 17 años)

País de nacimiento: _____ Estado de nacimiento: _____ Condado de nacimiento: _____

Educación:

- Título secundario (Diploma) Diploma de equivalencia general (GED) Kinder
 Grado _____ Formación profesional Programa de educación postsecundaria
 Ninguna Se desconoce/no se informó

Universidad

- Estudiante de primer año Estudiante de segundo año Estudiante de tercer año

Estudiante de cuarto año
Posgrado: 1 2 3 4

Título

- Licenciatura Maestría Doctorado

Persona responsable del pago:

Nombre de la persona responsable del pago: _____ Relación con el paciente: _____
(primer nombre, segundo nombre, apellido)

Fecha de nacimiento: _____ **Sexo legal:** Masculino Femenino No binario Desconocido

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado _____ Código postal: _____ N.º de teléfono: _____

Nombre del cliente _____

Información de cobertura:

Nombre del plan de seguro médico: _____

N.º de identificación del miembro: _____

Nombre de la persona suscrita en el plan: _____
(primer nombre, segundo nombre, apellido)

Relación con el paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo legal: Masculino Femenino No binario Desconocido

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado _____ Código postal: _____ N.º de teléfono: _____

Contacto de emergencia:

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____
(primer nombre, segundo nombre, apellido)

N.º de teléfono principal: _____ Tipo de teléfono: Residencial Laboral Móvil

Idioma preferido: _____ ¿Necesita un intérprete? Sí No

Información del empleador:

Situación laboral: Jornada completa Jornada parcial Desempleado
 Jubilado Autónomo En servicio militar activo
 Estudiante a tiempo completo Estudiante a medio tiempo Desconocida

Nombre del empleador (si corresponde): _____

SOLO PARA USO DEL CONDADO:

N.º de historia clínica: _____ Centro: _____