

# 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: \_\_\_\_\_