



THE FLOATING HOSPITAL

Formulario de Registraciòn

PACIENTE

Apellido:	Primer nombre:	Inicial del segundo nombre:
Alias/ Apodo:		# de Seguro Social:
Fecha de nacimiento:	Idiomas:	Necesita Interprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Etnicidad: <i>(circule)</i> : Hispano/Latino o No Hispano/ Latino?		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro
Raza <i>(circule todos los que se apliquen)</i>		
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Otro Isla Pacifica	<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Màs de Una Raza
<input type="checkbox"/> Africano Americano	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Se Niega a Reportar
Es usted un Veterano?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Teléfono Celular:		Correo Electronico:
Nombre del albergue o refugio		Su trabajador(a) social:
Dirección del albergue o refugio/P.O. Box		Teléfono:
Ingreso anual: \$		# de personas en el hogar

SEGURO MÉDICO

Tiene seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Seguro Médico:	# de póliza
--	----------------	-------------

CONTACTO DE EMERGENCIA

En caso de emergencia notificar a	Relaciòn con el contacto:
Teléfono:	

HIJOS/HIJAS

Apellido:	Primer nombre:	Inicial del segundo nombre:
Alias/ Apodo:	Fecha de nacimiento:	# de Seguro Social:
Etnicidad: <i>(circule)</i> :	Hispano/a /Latino/a: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro
Raza <i>(circule todos los que se apliquen)</i>		
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Otro Isla Pacifica	<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Màs de Una Raza
<input type="checkbox"/> Africano Americano	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Se Niega a Reportar
Tiene seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Seguro Médico:	# de póliza
¿Este niño vive contigo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si no, dirección del niño		

Si usted tiene hijos adicionales para registrar, añadirlos en el reverso de este formulario



THE FLOATING HOSPITAL

Niños / Niñas adicionales para registrarse

HIJOS/HIJAS

Apellido:	Primer nombre:	Inicial del segundo nombre:
Alias/Apodo:	Fecha de nacimiento:	# de Seguro Social:
Etnicidad: <i>(circule)</i> :	Hispano/a /Latino/a: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro
Raza <i>(circule todos los que se apliquen)</i>		
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Otro Isla Pacifica	<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Más de Una Raza
<input type="checkbox"/> Africano Americano	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Se Niega a Reportar
Tiene seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Seguro Médico:	# de póliza
¿Este niño/a vive contigo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si no, dirección del niño/a		

HIJOS/HIJAS

Apellido:	Primer nombre:	Inicial del segundo nombre:
Alias/Apodo:	Fecha de nacimiento:	# de Seguro Social:
Etnicidad: <i>(circule)</i> :	Hispano/a /Latino/a: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro
Raza <i>(circule todos los que se apliquen)</i>		
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Otro Isla Pacifica	<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Más de Una Raza
<input type="checkbox"/> Africano Americano	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Se Niega a Reportar
Tiene seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Seguro Médico:	# de póliza
¿Este niño/a vive contigo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si no, dirección del niño/a		

HIJOS/HIJAS

Apellido:	Primer nombre:	Inicial del segundo nombre:
Alias/Apodo:	Fecha de nacimiento:	# de Seguro Social:
Etnicidad: <i>(circule)</i> :	Hispano/a /Latino/a: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro
Raza <i>(circule todos los que se apliquen)</i>		
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Otro Isla Pacifica	<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Más de Una Raza
<input type="checkbox"/> Africano Americano	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Se Niega a Reportar
Tiene seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Seguro Médico:	# de póliza
¿Este niño/a vive contigo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si no, dirección del niño/a		