

# erie Registro de nuevos pacientes

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo asignado al nacer:  Mujer  Hombre

Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre preferido: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

**Actualmente no tiene una vivienda segura/sin hogar**  Sí  No **Trabajador migrante/ temporal**  Sí  No

Teléfono principal: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ ( Celular  Residencial  Laboral  Otro)

Teléfono secundario: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ ( Celular  Residencial  Laboral  Otro)

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

## Preferencias de comunicación

La mejor manera de comunicarse con usted (marque todas las casillas que correspondan):

Teléfono celular  Teléfono residencial  MyChart

¿Está bien dejar mensajes telefónicos?  Sí  No

¿Está bien enviarle correspondencia?  Sí  No

¿Está bien enviarle un correo electrónico?  Sí  No

¿Está bien recibir mensajes de texto?  Sí  No

*(Tenga en cuenta que marcar no significa que no recibirá confirmaciones de citas o recordatorios. Si las casillas anteriores no están marcadas, supondremos que está bien usar cualquiera de los métodos anteriores)*

## Etnia:

Cubano  Mexicano, Mexicoamericano, o Chicano  Puertorriqueño  Otro origen hispano, Latino, o Español

No soy Hispano o Latino  Desconozco esta información  Prefiero no contestar

## Raza (marque todas las razas que apliquen):

Nativo de Alaska  Indígena Americano  Negro o Afroamericana  Indio asiático  Chino  Filipino

Guamaní o Chamorro  Japonés  Coreano  Nativo de Hawái  Samoa  Vietnamita

Otros asiático  Nativo de otras Islas pacíficas  Blanco  Indeterminado  Prefiero no responder

## Orientación sexual:

Heterosexual  Homosexual  Lesbiana  Bisexual  Pansexual  Omnisexual  Asexual  Queer

Otro  No sabe  Prefiero no responder

## Identidad de género:

Mujer  Género queer  Hombre  No binario  Transfemenino (masculino a femenino)

Transmasculino (femenino a masculino)  Dos espíritus  En cuestión  Otro  Prefiero no responder

## Pronombres:

Ella/su  Él/su  Ellos/Ellas/sus  Ze/Hir  Ey/Em  Xe/Xem  Ve/Vir  Nombre del paciente

Otro  Prefiero no responder  No lo sé

# erie Registro de nuevos pacientes

## Asistencia al paciente

Queremos asegurarnos de que tenga el apoyo que necesita durante su visita de hoy. Infórmenos si se ve afectado por alguno de los siguientes puntos (marque todas las opciones que correspondan):

Idioma preferido:  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_ Necesita intérprete:  Sí  No

Visión baja/deficiencia visual  Sí  No

Dificultad auditiva/pérdida de la audición  Sí  No

### Necesidades de accesibilidad:

Bastón  Muletas  Silla de ruedas  Andador  Ascensor para pacientes  Elevador

Condición militar:  Veterano de guerra  Militar activo  Sin experiencia militar

Farmacia preferida: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Otras cosas que debemos saber para ayudarnos a cuidar de usted durante la visita: \_\_\_\_\_

Nombre del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

¿Es empleado de Erie?  Sí  No

¿Su padre, madre o cónyuge es empleado de Erie?  Sí  No

### Garante: esta es la persona responsable de las facturas:

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente:  Misma persona  Cónyuge  Hijo/a  Padre/madre/tutor  Otro

Idioma preferido de Garante:  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_

Tamaño de la familia (cantidad total de personas que viven en su hogar): \_\_\_\_\_

Ingresos familiares anuales promedio: \$ \_\_\_\_\_

### Información del seguro

Nombre del titular de la póliza/seguro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente:  Misma persona  Cónyuge  Hijo/a  Padre/madre/tutor  Otro

Seguro (marque lo que corresponda):  Medicaid  Medicare  Seguro comercial  Otro  Sin seguro

Plan de seguro: \_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_

N.º de grupo: \_\_\_\_\_

\*Todos los pacientes, incluidos aquellos con seguro, pueden ser elegibles para el programa de descuentos de cargos de Erie. Si seleccionó programa de descuentos de cargos de Erie, debe completar el Formulario para Programa de Descuentos de Cargos.