

MRN

OC Health Care Agency
17th Street Testing and Treatment Clinic



TODA LA INFORMACIÓN EN ESTE FORMULARIO ES CONFIDENCIAL.
CA Civ Code § 56.10

Instrucciones: Complete todo el formulario. Todos los campos son obligatorios.

FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTES

Nombre legal _____ (Apellido, Nombre, Inicial del segundo nombre)

También conocido como/nombre afirmado _____ (Apellido, Nombre, Inicial del segundo nombre)

Fecha de nacimiento _____ Lugar de nacimiento _____ Apellido Materno _____

Dirección _____ Ciudad _____ Código postal _____ Sin correo

Si no tiene vivienda ¿en qué calles podemos encontrarle? _____

Teléfono (_____) _____ Teléfono alternativo (_____) _____

Acepto llamadas Acepto correo de voz Acepto mensajes de texto

Correo electrónico _____ No tengo correo electrónico

Nombre y relación del contacto de emergencia (EC) _____

Teléfono de EC (_____) _____

Sexo al nacer Femenino Masculino Otro No quiero responder

Sexo Femenino Género queer Masculino No binario Hombre transgénero
 Mujer transgénero Otros, no listado No quiero responder

Pronombres Él Ella Elle No quiero responder

Idioma principal (seleccione todas las que correspondan)

<input type="checkbox"/> Lengua de señas americana	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Portugués	<input type="checkbox"/> Vietnamita
<input type="checkbox"/> Árabe	<input type="checkbox"/> Farsi	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Otro, indique _____
<input type="checkbox"/> Camboyano	<input type="checkbox"/> Francés	<input type="checkbox"/> Mandarín	<input type="checkbox"/> Tagalo	
<input type="checkbox"/> Cantonés	<input type="checkbox"/> Alemán	<input type="checkbox"/> Persa	<input type="checkbox"/> Tailandés	

Raza (seleccione todas las que correspondan)

<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> No quiero responder
<input type="checkbox"/> De Oriente Medio o del Norte de África	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	
<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> No sabe	

Etnia (seleccione todas las que correspondan)

<input type="checkbox"/> Aleutiano	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái
<input type="checkbox"/> Bangladesí	<input type="checkbox"/> Guameño	<input type="checkbox"/> Negro/afroamericano
<input type="checkbox"/> Camboyano	<input type="checkbox"/> Hispano o latino	<input type="checkbox"/> No quiero responder
<input type="checkbox"/> Caucásico/Europeo/Blanco	<input type="checkbox"/> Hispano, Otro _____	<input type="checkbox"/> No sabe
<input type="checkbox"/> Ceilanés	<input type="checkbox"/> Indio (asiático)	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Iraní	<input type="checkbox"/> Paquistaní
<input type="checkbox"/> Colombiano	<input type="checkbox"/> Iraquí	<input type="checkbox"/> Puertorriqueño
<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Samoano
<input type="checkbox"/> Cubano	<input type="checkbox"/> Laosiano	<input type="checkbox"/> Somalí
<input type="checkbox"/> De otras islas del Pacífico: No hawaiano/Guam/Samoano	<input type="checkbox"/> Libanés	<input type="checkbox"/> Sudamericano o centroamericano
<input type="checkbox"/> Egipcio	<input type="checkbox"/> Nativo americano/ indioamericano	<input type="checkbox"/> Tailandés
<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Mexicano	<input type="checkbox"/> Vietnamita