

Apellido:		Nombre:		Inicial del segundo nombre:
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):			Sexo legal: ☐ Hombre ☐ Mujer	
Dirección de hogar:			Ciudad:	
Estado:	Código postal:	Condado:	País:	
Teléfono de casa:		Teléfono de trabajo:		Celular:
Correo electrónico:			MRN (para uso de la oficina solamente):	
Dirección postal (si es diferente a la de arriba):				
Dirección:		Ciudad:	Estado:	Código postal:

DATOS DEMOGRÁFICOS
Estado civil: ☐ Casado ☐ Pareja doméstica ☐ Pareja ☐ Divorciado ☐ Legalmente separado ☐ Solo ☐ Viudo ☐ Otro
Grupo étnico: ☐ Origen Hispano, latino o español ☐ No hispano ni latino ☐ Origen múltiple hispano, latino o español ☐ Mexicano/mexicoamericano o chicano/a ☐ Cubano ☐ Puertorriqueño ☐ Se negó a responder
¿A qué grupo de estos pertenece? ☐ Blanco ☐ Negro/afroamericano ☐ Indio americano ☐ Nativo de Alaska ☐ Nativo de Hawái ☐ Samoano ☐ Filipino ☐ Guameño o chamorro ☐ Nativo de otra isla del Pacífico ☐ Chino ☐ Japonés ☐ Vietnamita ☐ Coreano ☐ Indio asiático ☐ Otros asiáticos ☐ Se negó a responder
Estado de persona sin hogar: ☐ Tiene hogar ☐ En riesgo de quedarse sin hogar ☐ Niño en riesgo de quedarse sin hogar ☐ Actualmente tiene hogar, desde los últimos 12 meses ☐ Refugio desconocido para personas sin hogar ☐ Vive en un refugio ☐ Vive con otras personas ☐ Vivienda de apoyo permanente ☐ Hotel con habitación individual ☐ Calle, campamento, puente ☐ Vivienda de transición ☐ Veterano en riesgo de quedarse sin hogar ☐ No se conoce/no se respondió
Estado de trabajador migrante (agrícola): ¿Es un trabajador agrícola? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, marque la casilla correspondiente: ☐ Trabajador migrante (se desplaza a otros lugares) ☐ Trabajador temporal (permanece en un lugar)

Contactos de emergencia		
Nombre:	Relación:	Teléfono principal:
Nombre:	Relación:	Teléfono principal:
Nombre:	Relación:	Teléfono principal:

¿Tiene empleo actualmente? ☐ Sí ☐ No	¿Es actualmente un empleado de NVHC? ☐ Sí ☐ No
--	--

Necesita intérprete: ☐ Sí ☐ No	Idioma preferido:
--	-------------------

Estado de veterano: ¿Es usted veterano? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, marque la casilla correspondiente: ☐ Servicio activo ☐ Servicio inactivo ☐ Sin previa experiencia ☐ Reservista ☐ Sin cobrar
--

Parte responsable			
Apellido:		Nombre:	
		Inicial del segundo nombre:	
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):		Sexo legal: ☐ Hombre ☐ Mujer	
Dirección:			Ciudad:
Estado:	Código postal:	Condado:	País:
Teléfono de casa:		Teléfono de trabajo:	Celular:
Correo electrónico:			

Número de miembros de la familia elegibles en su declaración de impuestos federales (incluido usted mismo):
Ingresos anuales: <i>(Necesitamos esta información para fines de estadísticas)</i>
☐ \$0 (sin ingresos) ☐ \$15,059 o menos ☐ \$15,060 a \$21,596 ☐ \$21,597 a \$30,119 ☐ \$30,120 a \$37,649 ☐ \$37,650 a \$45,179 ☐ \$45,180 a \$60,239 ☐ \$60,240 a \$74,999 ☐ \$75,000 a \$104,899 ☐ \$104,900 o más ☐ Se negó a responder (iniciales _____)

Información del seguro			
Seguro principal:	Identificación del miembro:	Número de grupo:	Dirección de reclamo:
Nombre de suscriptor:	Fecha de nacimiento:	Empleador:	Relación con el paciente: ☐ Solo ☐ Cónyuge ☐ Padre/madre ☐ Otro
Seguro segundo:	Identificación del miembro:	Número de grupo:	Dirección de reclamo:
Nombre de suscriptor:	Fecha de nacimiento:	Empleador:	Relación con el paciente: ☐ Solo ☐ Cónyuge ☐ Padre/madre ☐ Otro

Por este medio doy voluntariamente mi consentimiento para la atención médica como paciente ambulatorio en Nevada Health Centers, Inc., incluyendo los procedimientos habituales y de diagnóstico y operaciones menores. Además, doy mi consentimiento para que el personal médico y sus asistentes, incluyendo a los asistentes médicos y enfermeros de práctica avanzada, me hagan exámenes y procedimientos. Entiendo que los asistentes médicos y enfermeros de práctica avanzada no son médicos autorizados y pueden ayudar a prestar atención médica solo bajo la supervisión y dirección de un médico autorizado. Estoy de acuerdo con el envío de expedientes médicos e información, incluyendo los relacionados con tratamientos médicos, procedimientos quirúrgicos, pruebas de laboratorio, servicios psicológicos y consultas, a cualquier persona o entidad responsable de pagar a NVHC.	
_____ Firma del paciente, padre/madre o tutor legal	_____ Fecha