

Información del paciente

Nombre legal (apellido, primer nombre, segundo nombre)

Nombre preferido/Apodo:		Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy): ____ / ____ / ____	
Sexo biológico: ☐ M ☐ F	Género actual:	Estado civil:	
Identidad de género ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ No binario ☐ Prefiero no revelar ☐ Mujer transgénero ☐ Hombre transgénero		Orientación sexual ☐ Prefiero no revelar ☐ Asexual ☐ Bisexual ☐ Pansexual ☐ Heterosexual ☐ Gay o lesbiana ☐ Queer ☐ Otra ☐ No lo sé ☐ En duda	
Dirección postal		Dirección física (si es diferente)	
Ciudad, estado, código postal		Ciudad, estado, código postal	
Teléfono fijo	Teléfono celular	Dirección de correo electrónico	
Contacto de emergencia Nombre: _____ Parentesco/relación con el paciente: _____ Teléfono móvil: _____ Teléfono particular: _____			
Raza (Pregunta solicitada por el gobierno) ☐ Negro/afroamericano ☐ Blanco/caucásico ☐ Desconocida ☐ Prefiero no responder ☐ Otra (especifique): _____			
Idioma (pregunta obligatoria del gobierno) ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro (especifique): _____		Origen étnico (pregunta obligatoria del gobierno) ☐ Hispano ☐ No hispano ☐ Prefiero no responder ☐ Otro (especifique): _____	
Proveedor de atención primaria (PCP) - Si su PCP pertenece a Crystal Run Healthcare, ingrese el nombre: _____ - Si tiene un PCP fuera de Crystal Run, indique el nombre: _____ Centro médico: _____ Dirección: _____			
Garante/Parte responsable (SOLO si el paciente es menor de 18 años o dependiente legal)			
Nombre legal (apellido, primer nombre, segundo nombre)	Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy) ____ / ____ / ____	Sexo biológico: ☐ M ☐ F	
Dirección postal	Ciudad, estado, código postal		
Teléfono durante el día/laboral	Relación con el paciente ☐ Yo mismo ☐ Cónyuge ☐ Hijo ☐ Otro		

Reconocimiento/Autorización

- El nombre legal se define como el nombre completo que figura en una identificación emitida por el gobierno o como se acredita en este formulario de registro.
- Certifico que esta información es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Notificaré a CRHC sobre cualquier cambio en la información anterior.

Firma del paciente/tutor _____ Fecha _____