



# BIENVENIDO AL CENTRO MEDICO DE SAN YSIDRO, INC.

## Persona Responsable Por el Pago de los Servicios (Madre o Padre si es menor de edad)

Por favor llene esta forma de PRE-REGISTRO si viene por primera vez o necesita poner al corriente su registro. (Se necesita identificación para registrarse, sin excepción. Otra documentación puede ser requerida.)

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_ Origen étnico: ¿Se considera Hispano o Latino? Si \_\_\_ No \_\_\_

Raza: Caucásico \_\_\_ Africano-Americano/Negro \_\_\_ Asiático \_\_\_ Indio Americano/Nativo de Alaska \_\_\_

Nativo de Hawaii \_\_\_ Islas del Pacifico \_\_\_ Mas de una raza \_\_\_ No reportada/Negarse a reportar \_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_

Número de Teléfono \_\_\_\_\_ Número de celular \_\_\_\_\_

## Información de Hijos o Dependientes

Nombre \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

## Información de Empleo

Nombre de la Compañía u Organización \_\_\_\_\_ Posición \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

## Nombre de Una Persona en Caso de Emergencia (Diferente al propio)

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

¿Es usted residente legal del condado de San Diego? Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Tiene Seguro Médico? \_\_\_ Medi-Cal \_\_\_ CMS \_\_\_ Cobertura \_\_\_ Cual? \_\_\_\_\_

Necesitamos su tarjeta de Seguro: Medi-Cal, CMS, u otra cobertura para poder cobrar por los servicios.

¿Es usted Veterano de algún Servicio Militar? Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Tiene algún problema médico relacionado con su trabajo? Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Usted tiene alguna discapacidad? Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Alguno de sus dependientes tiene alguna discapacidad? Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Necesita asistencia para pagar por los servicios médicos? Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Cual es su ingreso mensual familiar? \$ \_\_\_\_\_

¿Cuantos dependientes? (incluyéndose usted) \_\_\_\_\_

¿Requiere usted traducción, si quiere comunicarse en Inglés? Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Esta usted sin hogar o viviendo en un refugio? Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Es usted trabajador de temporada o migrante? Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Esta usted viviendo en una vivienda pública o recibiendo sección 8? Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Se siente cómodo hablando Inglés? Sí \_\_\_ No \_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_