

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA ORCHID HEALTH

(Escriba en letra de molde)

Nombre legal: _____ **Fecha de hoy:** _____
Nombre - Segundo nombre - Apellidos

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): _____ **Número de Seguro Social:** _____

Nombre preferido/nombre por el que se le conoce: _____ **Pronombres preferidos:** _____

Sexo legal: Masculino Femenino Otro: _____

Identidad de género: Hombre Mujer Niña Niño Transfemenina Transmasculino Género queer

Confundido/a Prefiero no divulgar No indicado, por favor indíquenos: _____

Orientación sexual actual: Heterosexual Homosexual o Lesbiana Bisexual Confundido/a No lo sé

Prefiero no divulgar No indicado, por favor indíquenos: _____

Dirección Física: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Dirección postal: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Teléfono de casa: _____ **Teléfono celular:** _____ **¿Acepta mensajes de texto?** Sí No

Correo electrónico: _____ **Método de comunicación preferido:** _____ **Idioma preferido:** _____

Raza: (Puede elegir más de una si procede) Blanco Negro o afroamericano Asiático Indio americano

o nativo de Alaska Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico Origen hispano o latino No lo sé

Etnia: No hispano/latino Hispano/latino No lo sé Otro _____

Contacto de emergencia Nombre: _____ **Relación:** _____ **Número de teléfono:** _____

Estado civil: Casado Divorciado Soltero Viudo(a) Otra pareja

Situación laboral: Trabaja Desempleado Jubilado Desempleado intencionado

¿Cuál es (o ha sido) su ocupación habitual? (tipo de trabajo) _____

INFORMACIÓN SOBRE SEGUROS
(traiga su tarjeta de seguro a nuestra recepcionista)

Indique el nombre del seguro principal: _____

Número de ID del seguro _____ Número de grupo: _____

Nombre del INSCRITO: _____ NSS: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación del paciente con el inscrito: Propio Cónyuge Hijo Otro

Nombre del seguro secundario (si procede): _____

Número de ID del seguro _____ Número de grupo: _____

Nombre del INSCRITO: _____ NSS: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación del paciente con el inscrito: Propio Cónyuge Hijo Otro

PERSONA financieramente responsable de las facturas y del pago:

Relación con el paciente: _____ Nombre: _____ FEC. NAC.: _____

Dirección postal: _____ Código postal: _____ Ciudad _____ Estado: _____

Mejor número de teléfono: _____

**** ÚNICAMENTE PACIENTES VA DEBEN completar esta sección ****

Número de Seguridad Social o Número DBN de Titular de Póliza: _____

Nombre de Seguro: _____