

**CENTRO DE DIABETES
INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE**

El objetivo de esta información servirá de estadística para permitirnos proyectar y mejorar nuestros servicios

HIPAA

Nombre: _____ Fecha: _____

Domicilio: _____

Ciudad _____ Código Postal _____

Número de teléfono (casa) _____ Número de celular _____

Sexo M F Edad _____ Fecha de Nacimiento _____

Estado Matrimonial ___ Soltero(a) ___ Casado(a) ___ Viudo(a) ___ Divorciado (a) ___ Separado(a)

Nombre de esposo/esposa / compañero/a/padres: _____

Contacto de emergencia: _____ Numero de telefono _____

Nombre de su doctor: _____

Fue referido por _____

Ascendencia étnica:

Americano Nativo Africano Americano Mexicano Americano / Hispano: _____

Asiático: _____ Anglo/Europeo Americano Filipino Otro: _____

Empleador _____ Numero de teléfono _____

Está usted trabajando? Si No

Qué clase de trabajo hace Ud? _____

Cuál es su ingreso mensual (En bruto)? _____

Cuántos adultos en la familia / casa? _____ Cuántos niños en la familia / casa? _____

Tiene aseguranza MediCal o MediCare? No Sí Tipo?: _____ Co-Pago? No Sí cantidad? _____

Persona Responsable _____ Fecha de Nacimiento _____

Doy permiso al Centro de Diabetes de recibir o dar información sobre mi cuidado a mi doctor(es) o aseguranza.

Firma del Paciente o padres: _____ Fecha _____