

**CENTRO DE DIABETES
INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE**

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

Nombre: _____ Fecha de hoy: _____

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)

Contacto de emergencia : _____

Relacion: _____ Numero de telefono _____

Nombre de su doctor: _____

Quien lo refirio: _____

Ascendencia étnica:

Americano Nativo Africano Americano Mexicano Americano / Hispano: _____

Asiático: _____ Anglo/Europeo Americano Filipino Otro: _____

Empleador _____ Numero de telefono _____

Está usted trabajando? Si No

Qué clase de trabajo hace Ud? _____

Cuál es su ingreso mensual (En bruto)? _____

Cuántos adultos en casa? _____ Cuántos niños en casa? _____

Tiene seguro medico? No Sí Tipo?: _____ Co-Pago? No Sí cantidad? _____

Seguro medico bajo _____ Fecha de Nacimiento _____

El Centro de Diabetes cobrara \$10.00 si no se presenta a su cita o cancela con menos de 24 horas de aviso.

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 _____

**DIABETES HEALTH CENTER
PATIENT REGISTRATION**

This information is used for statistical purposes and allows us to plan and improve our services.

Name _____		Today's Date _____			
Address: _____					
City _____		Zip code _____			
Home Phone _____		Cell Phone _____			
Sex	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	Age _____ Date of Birth _____		
Marital Status:	<input type="checkbox"/> Single	<input type="checkbox"/> Married	<input type="checkbox"/> Widow	<input type="checkbox"/> Divorced	<input type="checkbox"/> Separated
Emergency contact name: _____					
Relationship: _____		Phone: _____			
Family doctor or primary care provider: _____					
Referred by _____					
Ethnic background (Please check all that apply)					
<input type="checkbox"/> American Indian	<input type="checkbox"/> Black/African American	<input type="checkbox"/> Mexican American / Hispanic _____			
<input type="checkbox"/> Asian _____	<input type="checkbox"/> White	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Other (describe) _____		
What language do you usually speak? _____					
What kind of work do you usually do? _____					
Employer _____		Work phone _____			
Are you working now? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
What is your monthly family income before taxes? _____					
How many adults are in your household? _____					
How many children are in your household? _____					
Do you have medical insurance? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes					
Type: _____		Co-Payment? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes - amount _____			
Insured Name: _____		Date of Birth _____			

The Diabetes Health Center will charge a fee of \$10.00 for No-Shoe appointments or cancellation with less than 24-hour notice.

I give my permission for the DHC staff to receive and release information regarding my care to my health care providers and payers

Patient's or Parent Signature _____ Date _____