



DIABETES HEALTH CENTER

A program of Community Health Trust

REGISTRO DE PACIENTE

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

Nombre: _____ Fecha de hoy: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____ Correo electrónico: _____

Número de teléfono (casa): _____ Número de celular: _____

Sexo: ___ M ___ F ___ X 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 (Marque todas las que correspondan):

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? _____

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

Seguro medico bajo: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Identificación de Miembro: _____

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: _____

Revised 1/2021

Diabetes Health Center of the Community Health Trust of Pajaro Valley

85 Nielson Street Suite 201, Watsonville, CA 95076 | PHONE (831) 726-4267 | FAX (831) 722-2462 | pvhealthtrust.org/diabetes-health-center