

## Formulario de registro para pacientes adultos

<b>Paciente adulto</b>				
Apellido del paciente		Nombre		Inicial del segundo
Fecha	Numero del seguro social	Nombre preferido <b>**Opcional**</b> :	Proveedor de atención primaria	
Domicilio			Dirección de correo electrónico	
Ciudad		Estado	Código postal	Celular
Fecha de nacimiento	Idioma preferido		Religion	Teléfono alternativo
Sexo legal (Marque uno con un círculo) Femenino    Masculino    Desconocido		Raza		Estado civil
Sexo asignado al nacer (Marque uno con un círculo) Femenino    Masculino    Desconocido    No registrado en la partida de nacimiento    Prefiero no revelarlo    Incierto				
Identidad de género (Marque una con un círculo) <b>**Opcional**</b> Femenino    Masculino    No binario    Otro    Mujer transexual/Masculino a femenino    Hombre transexual/Femenino a masculino				
Orientación sexual (Marque una con un círculo) <b>**Opcional**</b> Asexual    Bisexual    Prefiero no revelarlo    No lo sé    Lesbiana    Gay    Otra cosa    Heterosexual (ni lesbiana ni gay)				
Empleador		Dirección del empleador		Teléfono del trabajo
Situación laboral: Marque una con un círculo Tiempo completo    Medio tiempo    Desempleado    Militar    Jubilado    Autonomo    Estudiante    Tiempo completo/Medio tiempo				
<b>Información de contacto para emergencias</b>				
Nombre			Relación con el paciente	
Domicilio				Numero de teléfono
Ciudad		Estado	Código postal	Teléfono alternativo

### AVISO DE LA POLÍTICA DE REEMBOLSO DE SALDO DE CRÉDITO

Como parte de nuestro esfuerzo continuo por minimizar los costos administrativos asociados con los cargos de facturación y cobro por los servicios profesionales de nuestros médicos, no se procesan los reembolsos de saldos de crédito inferiores a \$5.00 para los pacientes que no han recibido servicios en nuestra red de atención médica por más de 12 meses consecutivos (a menos que el paciente lo solicite específicamente dentro de dicho periodo de 12 meses).