



REGISTRO DE PACIENTES

Pt #: _____

Fecha de entrada en vigor: _____ a _____

PSS Staff _____

Nombre del paciente/padre, tutor		Teléfono preferido
Dirección postal		Correo electrónico
Ciudad, Estado, Código Postal		
Sexo del paciente al nacer <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra	Sexo del paciente (opcional)	Carrera del paciente (opcional) <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Las blancas <input type="checkbox"/> prefieren no contestar

PERSONA PROPIA, CÓNYUGE Y DEPENDIENTES MENORES DE 18 AÑOS:

	Nombre	DOB	SS#	Empleador/Forma de Ingreso/Escuela
Propio				
Esposo				
Dependiente				

CONTACTOS DE EMERGENCIA/AUTORIZACIÓN DE MENORES

Nombre	Relación	Teléfono
<input type="checkbox"/> Información de citas <input type="checkbox"/> de emergencia <input type="checkbox"/> Resultados de pruebas verbales <input type="checkbox"/> Información de facturación <input type="checkbox"/> Recogida de medicamentos recetados		
Nombre	Relación	Teléfono
<input type="checkbox"/> Información de citas <input type="checkbox"/> de emergencia <input type="checkbox"/> Resultados de pruebas verbales <input type="checkbox"/> Información de facturación <input type="checkbox"/> Recogida de medicamentos recetados		



REGISTRO DE PACIENTES

Pt #: _____

Fecha de entrada en vigor: _____ a _____

PSS Staff _____

Cálculo de los ingresos anuales del hogar

<i>Fuente</i>	<i>Solicitante</i>	<i>Esposo</i>	<i>Otro</i>	<i>Total</i>
Sueldos brutos, salarios, propinas, etc.				
Seguro Social, pensión, beneficios de anualidad para veteranos, compensación laboral, desempleo				
Pensión alimenticia, manutención de los hijos, asignaciones familiares militares				
Ingresos del trabajo por cuenta propia y dependientes de la empresa				
Alquileres, intereses, dividendos y otros ingresos				
Ingreso Bruto Anual Total				
Tamaño total del hogar				

<i>Lista de verificación</i>	<i>Sí</i>	<i>No</i>
Identificación/Dirección: Licencia de conducir u otra identificación con foto		
Ingresos: Declaración de impuestos del año anterior, talones de pago más recientes u otros		
Seguro: Tarjeta(s) de seguro		

- Diapositiva rechazada
- Tobogán escolar

Nivel de escala móvil: _____