obria MEDICAL CLINICS

Forma de Ingreso
Informacion del Paciente

Fecha de Hoy:	**Sexo:** ( ) Hombre ( ) Mujer		**MRN:** (Office Use Only)	
Primer Nombre:	**I:**	**Apellido:**	**Fecha de Nacimiento:**	**Edad:**
Domicilio:		**Ciudad:**	**Estado:**	**Código Postal:**

Teléfono móvil: ( ) Aceptar llamadas y dejar mensaje ( ) Aceptar recibir texto ( ) No llame	**Correo Electrónico:** ( ) Puede enviar correo electrónico ( ) No envie correo electrónico **Nombre de Farmacia Preferida:** Numero de Teléfono: Ciudad: Calles de referencia:	**Teléfono de la casa:** ( ) Aceptar llamadas y dejar mensaje ( ) No llame
Método Preferido de Contacto: ( )Teléfono ( ) Texto ( )Correo electrónico ( )No Preferencia	**Idioma primario:** ( ) Español ( ) Inglés ( ) Chino ( ) Ruso ( ) Vietnamés ( ) Otro _____	**Ocupación:**

Contacto de caso de emergencia:	**Su numero de Teléfono:**

¿Ha estado en nuestra clínica antes? ( ) No ( ) Sí, ¿Cuándo? _____ ¿Bajo qué nombre? _____
( ) Igual que el anterior

¿Cómo se enteró acerca de nosotros? (Marque uno)

( ) Facebook	( ) Anuncio en el Papel del Colegio	( ) Anuncio en el papel de la Escuela Preparatoria	( ) Anuncio en la guía telefónica	( ) 800# Hot Line
( ) Internet: Google, MSN, Yahoo, BING, Twitter (Circule uno)	( ) Agencia	( ) Otro Centro de Embarazo	( ) Iglesia	( ) 411
( ) Escuela: Enfermera, Counsejero, Maestro, Entrenador (Ci	( ) Amigo/Pariente	( ) Otro _____	( ) Rotulo	( ) Volantes

¿Qué ayuda externa estás recibiendo? (Marque todas las que apliquen)

( ) CalWorks	( ) Iglesia	( ) Estampillas de Comida	( ) Amigos	( ) Esposo	( ) Seguro
( ) Medicaid	( ) Otra_____	( ) Otro Centro de Embarazo	( ) Padres	( ) WIC	

Nivel de Ingreso Familiar:
( ) Dependiente
( ) Desempleado
( ) Bienestar/SSI
( ) $0-$14,000
( ) $15,000-$29,000
( ) $30,000-$44,000
( ) $45,000-$59,000
( ) $60,000+
Número de personas relacionadas con usted en su hogar:
_____

Estado civil:
( ) Anulado
( ) Divorciado
( ) Legalmente Separados
( ) Casados
( ) Nunca Casado/Soltero
( ) Pareja Doméstica
( ) Viudo
( ) Otro:
_____

Religión:
( ) Adventista
( ) Agnóstico
( ) Atea
( ) Bautista
( ) Cristiana
( ) Ciencia Cristiana
( ) Episcopal
( ) Hinduismo
( ) Testiga de Jehova
( ) Judaísmo
( ) Santos de los Último Dia/Mormon
( ) Luterana
( ) Nazareno
( ) Católica Non-Romana
( ) Ortodoxa
( ) Paganismo
( ) Presbiteriana
( ) Protestante
( ) Católica Romana
( ) WICCA
( ) Ninguna
( ) Zen Budismo
( ) Islam
( ) Otro especifique:
_____

Origen étnico:
( ) Me niego a especificar
( ) Hispano Latino
( ) No Hispano o Latino

Raza (marque todo lo que corresponda):
( ) Indio Americano
( ) Asiático
( ) Negro o Afro-Americano
( ) Me niego a especificar
( ) Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico
( ) Otra Raza
( ) Desconocida
( ) Blanca

Nivel Mayor de Educación Completada:
( ) Escuela de posgrado
( ) Colegio o Universidad
( ) Jr. Colegio
( ) Escuela Preparatoria/GE
( ) Escuela Secundaria
( ) Escuela Técnica

Mi estado de seguro médico actual es: ( ) **Tengo seguro privado / PPO / HMO** ( ) **Tengo Medi-Cal** ( ) **Yo no tengo seguro**

Si no tengo mi tarjeta de seguro conmigo hoy, mi número de Seguro Social es: _____-_____-_____

Por favor, estar preparado para proporcionar una copia de la tarjeta de licencia de conducer y el seguro a un miembro del personal de Obria