



St. Thomas East End Medical Center Corporation
 4605 Tutu Park Mall, Suite 207
 P.O. Box 503177
 St. Thomas, VI 00805-3177

Tel: (340)775-3700
 Fax: (340)777-7927

“Your Health is our First Priority”

FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

Fecha: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE				
Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Apodo / TCC	
Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social	Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino
Estado Civil	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo	<input type="checkbox"/> Otro	Idioma que no sea Inglés	
Raza	<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Indio Americano /Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco	
Origen Étnico	<input type="checkbox"/> Hispano / Latino	<input type="checkbox"/> Non- Hispanic/ Latino	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái	
Dirección de Correo Postal				
Dirección de la Casa	Apartamento #	Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono de Casa	Teléfono de Trabajo	Teléfono Celular		
Dirección de Correo Electrónico	Estado de Empleo	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> No Empleado	<input type="checkbox"/> Estudiante a Tiempo Completo	
		<input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Jubilado	<input type="checkbox"/> Estudiante a Tiempo Parical	
Empleador	Número de Teléfono del Empleador			

INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE (GARANTE)				
Relación con el Paciente	<input type="checkbox"/> mismo (si es él mismo, pase a Contacto de Emergencia)		<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Otro
Apellido	Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre		
Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social			
Dirección de la Casa	Apartamento #	Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono de Casa	Teléfono de Trabajo	Teléfono Celular		
Dirección de Correo Electrónico	Estado de Empleo	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> No Empleado	<input type="checkbox"/> Estudiante a Tiempo Completo	
		<input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Jubilado	<input type="checkbox"/> Estudiante a Tiempo Parical	

PAYOR INFORMATION				
Fuente de Pago	Seguro	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fecha de Nacimiento del Asegurado _____	
Nombre del Asegurado _____		Nombre del Seguro _____		
Seguro ID# _____	Ingreso Annual \$ _____			

CONTACTO DE EMERGENCIA				
Apellido	Primer Nombre	Relación con el Paciente		
Teléfono de Casa	Teléfono de Trabajo	Teléfono Celular		
Dirección de la Casa	Apartamento #	Ciudad	Estado	Código Postal

OTRA INFORMACIÓN				
Vivienda Pública	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Veterano		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Recibidor del Programa de Garante de Elección de Vivienda	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Desamparado/Calle/Duplicando <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

Firma del Paciente (o Persona Autorizada) _____

Fecha: _____