



**WAYNE COUNTY COMMUNITY HEALTH CENTER  
203 EAST MAIN STREET  
RICHMOND, IN 47374  
PHONE # 765-973-9294 FAX # 765-973-9233  
TTY Usuarios- Llamen a 711**

**Registro del Paciente y Cuestionario de Salud**

Fecha: \_\_\_\_\_

**Cada paciente tiene que completar el Registro de Paciente y el Cuestionario de Salud**

**EN LETRAS DE IMPRENTA**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro Social#: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Tlf: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Tel para Mensajes: \_\_\_\_\_

Estado civil: S  M  W  D  Sep  Hombre  Mujer Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Ejercito:  Sí  No

Último grado que completó \_\_\_\_\_

**Please Circle:**

Blanco Afroamericano/Negro Hispano/Latino  Indio (América) Asiático Otro

Lugar donde trabaja: \_\_\_\_\_ Ingresos:: \_\_\_\_\_ Otros Ingresos: \_\_\_\_\_

Lugar donde trabaja: \_\_\_\_\_ Ingresos:: \_\_\_\_\_ Otros Ingresos: \_\_\_\_\_

**Información de Facturación y Aseguranza**

Medicaid #: \_\_\_\_\_ Va a pagar sus propias facturas (no tiene aseg.)  Sí  No

Medicare #: \_\_\_\_\_  A  B  D

Nombre de la Aseguranza: \_\_\_\_\_ Póliza #: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

**Persona responsable de los pagos**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Tlf: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Tel para Mensajes: \_\_\_\_\_

Lugar donde Trabaja: \_\_\_\_\_ Ingresos: \_\_\_\_\_ Otros ingresos: \_\_\_\_\_