

## Registro de Nuevos Pacientes

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Pueblo/Ciudad: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

¿Si es menor de 18 años, ¿quién tiene su custodia legal?

☐ Madre\* ☐ Padre\* ☐ Ambos padres ☐ DCF\* ☐ Tutor legal\*

Nombre y fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre y fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

*\*Si ambos padres no tienen la custodia legal, o si otra persona tiene la custodia temporal o permanente, requerimos la documentación legal adecuada.*

¿Qué idioma prefieres? Hablar: \_\_\_\_\_ Escribir: \_\_\_\_\_

¿Necesita un intérprete? ☐ Sí ☐ No

¿Eres estudiante de la Universidad Estatal de Fitchburg? ☐ Sí, vivo en el campus ☐ Sí, vivo fuera del campus ☐ No

¿Podemos enviarle un correo electrónico de activación para una cuenta de MyChart? ☐ Sí ☐ No

*Esta es la forma más rápida y fácil de comunicarse con sus proveedores, solicitar resurtidos de medicamentos, programar citas, obtener acceso a su información de salud y más. (\*Utilizado por todos los servicios excepto el dental)*

Me gustaría recibir servicios en:

☐ **Fitchburg CHC** ☐ **ACTION CHC** ☐ **Greater Gardner CHC** ☐ **Leominster CHC** ☐ **South Gardner CHC**  
326 Nichols Rd, 130 Water St, 175 Connors St, 165 Mill St, 529 Timpany Blvd,  
Fitchburg Fitchburg Gardner Leominster Gardner

Me gustaría recibir: ☐ Médico ☐ Dental ☐ Salud Conductual ☐ Optometría ☐ Atención urgente  
☐ Servicios para abuso de sustancias ☐ Podología ☐ Nutrición

### Contacto en caso de emergencia

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_



## Seguro Médico

## Seguro Optometría

## Seguro Dental

***He completado este formulario y certifico que soy el paciente o su representante debidamente autorizado.***

## Relación