FORMULARZ REJESTRACYJNY
EDWARD-ELMHURST HEALTH
WPISAĆ WYRAŻNIE WSZYSTKIE INFORMACJE **DRUKOWANYMI LITERAMI**

INFORMACJE DLA PACJENTA

Oficjalne imię i nazwisko pacjenta: _____ **Data urodz:** _____

Czy adres w Pana/Pani dowodzie jest aktualny? ☐Tak ☐Nie Jeśli nie, wpisz poniżej aktualny adres

Aktualny adres
_____
_____
_____ _____
Kod pocztowy

Telefon do domu: (___)_____
Telefon do pracy: (___)_____
Telefon komórkowy: (___)_____

Adrese-mail:_____

Płeć
☐ Mężczyzna
☐ Kobieta

Stan cywilny
☐ Wolny
☐ Żonaty/zamężna
☐ Rozwiedziony/a
☐ Wdowa/wdowiec
☐ W separacji

Narodowość
☐ Hiszpan lub Latynos
☐ Ani Hiszpan, ani Latynos
☐ Wolę nie odpowiadać
(Rządy stanowe i lokalne mogą wykorzystywać te dane, aby pomóc w planowaniu programów dwujęzycznych dla osób pochodzenia hiszpańskiego i administrowaniu nimi.)

Preferowany język: _____ **Potrzebny tłumacz**? ☐Tak ☐Nie
Preferowana apteka: _____
Preferowane laboratorium: _____

Rasa
☐ Biała/kaukaska
☐ Osoba czarnoskóra lub Afroamerykanin
☐ Indianin amerykański/rdzenny mieszkaniec Alaski
☐ Azjata
☐ Inna rasa
☐ Rdzenny Hawajczyk lub mieszkaniec innych wysp Pacyfiku
☐ Osoba wielorasowa
☐ Wolę nie odpowiadać

PCP (Lekarz Podstawowej Opieki Zdrowotnej) Dr_____
Nazwa pracodawcy: _____
Numer telefonu pracodawcy: _____
Adres pracodawcy:
_____
_____
_____
Zawód: _____

Status zatrudnienia
☐ Pełny etat ☐ Niepełny etat ☐ Bez pracy ☐ Emerytura ☐ Służba wojskowa

Imię i nazwisko	**Relacji**	**Numer telefonu**
_____	_____	(___)_____
_____	_____	(___)_____