



# Stony Brook Southamptom Hospital

240 Meeting House Lane Southamptom, NY 11968

PATIENT LABEL

## CUESTIONARIO DE REGISTRO DOWNTIME

<b>Para el uso de Registro:</b>		
<b>Restricción:</b>	<b>Participar</b> _____	<b>No participar</b> _____
¿Alguna vez ha sido paciente de Stony Brook Southamptom?		<b>Fecha:</b> _____
¿Había estado en el hospital antes? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<b>Hora:</b> _____
		<b>Médico:</b> _____

### Información del paciente

**Información del paciente:**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_

Nombres alternativos: \_\_\_\_\_

Indique todos los otros nombres que tenga \_\_\_\_\_

Apodo: \_\_\_\_\_

Apellido de soltera de la paciente: \_\_\_\_\_ Apellido de soltera de la madre: \_\_\_\_\_

N.º de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

(Mes) (Día) (Año)

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección alternativa: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono alternativo: \_\_\_\_\_

**Raza:**

Indio americano     Indio asiático     Negro/afroamericano     Chino     Rechazado     Filipino  
 Hispano     Japonés     Coreano     Nativo     Otro     Vietnamita     Blanco

**Etnia:**

Centroamericano     Cubano     Rechazado     Dominicano     Suizo, americano     Suizo, americano  
 No hispano     Puerto Rican     Sur; americano     Español     Desconocido

**Estado civil:** Marque una:

Casado     Divorciado     Viudo     Apartado     Pareja Doméstica Registrada

**Idioma hablado preferido:** \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_ (escriba el nombre del otro idioma)

Inglés     Signo americano     Español     Otro

**Idioma escrito preferido:** \_\_\_\_\_

**¿Es usted veterano?** Marque una con un círculo:

Servicio activo     No soy veterano     Activo a tiempo parcial     Veterano



# Stony Brook Southamptton Hospital

240 Meeting House Lane Southamptton, NY 11968

PATIENT LABEL

## CUESTIONARIO DE REGISTRO DOWNTIME

### Religión: Marque una:

- Adventistas       Ateo     Bautista     Budista     Católico romano     Cristiano     Congregacional
- Rechazado para responder     Episcopal     Ortodoxo griego     Hindú     Judío     Testigo
- Luterano     Metodista     Mormón     Musulmán     No denominacional     Otro     Pentecostés
- Presbiteriano     Protestante     Unitario     Desconocido     Zoroastriano     Cuáquero

### Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

N.º de contacto: \_\_\_\_\_

### Situación laboral: Marque una con un círculo:

- A tiempo completo, A tiempo parcial, Reservado para asignación nacional, Jubilado, Militar retirado
- Autónomo, Estudiante a tiempo completo, Estudiante a tiempo parcial,
- Desempleado elegible para COBRA, Desempleado no elegible para COBRA

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono laboral: \_\_\_\_\_ Extensión: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

## Contactos de emergencia

### Debo documentar el nombre de su familiar más cercano según la definición legal.

¿Cuál es la relación del paciente con el contacto de emergencia?: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

N.º de teléfono principal: \_\_\_\_\_ N.º de celular: \_\_\_\_\_

### Familiar más cercano según la definición legal

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ ¿La dirección es la misma que la del paciente?  Sí  No

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

N.º de teléfono principal: \_\_\_\_\_ N.º de celular: \_\_\_\_\_

## Solo para personal de acceso de pacientes

### Motivo principal de la consulta:

Accidente/Terapia/Tratamiento: \_\_\_\_\_

Fecha/Hora: \_\_\_\_\_ Evento: \_\_\_\_\_

Lugar/Calificación: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

## Cierre de sesión del registrador

\_\_\_\_\_ Tarjetas de seguro escaneadas

\_\_\_\_\_ Seguro verificado

\_\_\_\_\_ Tarjetas ID escaneadas

\_\_\_\_\_ Consentimientos obtenidos

\_\_\_\_\_ MSPQ obtenido

\_\_\_\_\_ Iniciales del encargado del registro

\_\_\_\_\_ Fecha

\_\_\_\_\_ Hora