

## FORMULARIO DE REGISTRACION PARA CASA ESPERANZA

No. de Habitación \_\_\_\_\_ Llegada \_\_\_\_\_ Salida \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Numero de Seguro \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado \_\_\_\_\_Codigo Postal \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Numero de Celular \_\_\_\_\_ Sexo (M/F) \_\_\_\_\_

*Le agradecemos que responda las siguientes preguntas. Casa Esperanza cursa polizas de igualdad de oportunidades de alojamiento, dependiendo de donaciones para operar. Algunos de nuestras posibles fuentes de fondos donan generosamente a agencias que pueden facilitar informacion exacta sobre la procedencia etnica de sus pacientes.*

Afro-Americano/a \_\_\_\_\_ Blanco/a \_\_\_\_\_ Hispano/a \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Nativo Americano/a \_\_\_\_\_ (Tribu/Pueblo) \_\_\_\_\_

Cancer \_\_\_\_\_ Tipo de Cancer \_\_\_\_\_

No Cancer \_\_\_\_\_ Condicion si no es Cancer \_\_\_\_\_

Referido/a por \_\_\_\_\_

Hospitalizado/a (Si / No) \_\_\_\_\_ En que hospital? \_\_\_\_\_

Doctor/a \_\_\_\_\_ Numero de telefono del Doctor/a \_\_\_\_\_

Nombre de la parte responsable \_\_\_\_\_ Parentesco con el paciente \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado \_\_\_\_\_Codigo Postal \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia \_\_\_\_\_ Numero de telefono \_\_\_\_\_

**Liste abajo los nombres, edades y el parentesco respecto al paciente de CADA UNA de las personas que se alojen en su habitacion en CASA ESPERANZA (incluyendo el nombre del paciente si este se queda alojado en el hogar.)**

Nombre _____	Edad _____	Parentesco al paciente _____	Sexo(M/F) _____
Nombre _____	Edad _____	Parentesco al paciente _____	Sexo(M/F) _____
Nombre _____	Edad _____	Parentesco al paciente _____	Sexo(M/F) _____
Nombre _____	Edad _____	Parentesco al paciente _____	Sexo(M/F) _____
Nombre _____	Edad _____	Parentesco al paciente _____	Sexo(M/F) _____

*He obtenido por escrito el reglamento de Casa Esperanza y me dispongo a asumir la responsabilidad en el cumplimiento de dicho reglamento por mi parte y por parte de mi grupo. Entiendo que Casa Esperanza no assume ninguna responsabilidad en cuanto al cuidado de ningun miembro de mi grupo, incluyendo al paciente, y entiendo que una persona debe acompañar a aquellos pacientes que requieran asistencia. Me dispongo a tomar las precauciones apropiadas para proteger mis objetos personales y de valor. Quedo completamente informado de que Casa Esperanza no tiene responsabilidad en caso de danos personales, enfermedades, ni perdida de objetos de valor, y que entro a Casa Esperanza bajo mi propia responsabilidad. Entiendo tambien que Casa Esperanza y el hospital pueden intercambiar informacion medica concerniente al paciente.*

*Yo consiento y autorizo el uso y reproducción por usted y cualquier autorizado por usted, de alguna fotografia que sea tomada de mi, de mi familia o de mis amigos, negativa o positiva para el puro proposito de educación publica o para recaudar fondos para Casa Esperanza, sin compensación alguna hacia mi. Todas las negativas y positivas junto con los retratos seran la propiedad de Casa Esperanza, solamente y completamente.*

*Si vengo y me registro con Casa Esperanza y decido que no me voy a quedar con el cuarto esa noche, Casa Esperanza se reserva el derecho de quedarse con los \$15.00 dolares de deposito como un cobro de administración..*

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_