

INFORMACION DEL PACIENTE

Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____

Otros Nombres _____ Nombre de Preferencia _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código _____

de Celular: (_____) - _____ # tel. alternativo: (_____) - _____

¿Podemos enviarle mensaje de texto? Si No ¿Podemos dejar un mensaje de voz? Si No

Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ Sexo: Masculino Femenino Rechazar

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Pareja Viudo(a) *(Ver Información del Hogar)*
 Separado(a) Legalmente

Número de Seguro Social _____ - _____ - _____

Nombre de Empleador _____

Estado de Empleo: Tiempo Completo Medio-Tiempo No Empleado Cuenta Propia
 Jubilado(a) Servicios Militar No Se

Estudiante: Tiempo Completo Medio-Tiempo No soy estudiante

¿Preferencia de Idioma? Inglés Español ASL Otro

Dirección de Correo Electrónico: _____ Acceso a aplicación móvil: Si No

PERSONA RESPONSABLE

(Si el paciente tiene 17 años o menos – el padre o tutor legal debe completar esta sección.)

Relación con el Paciente: Yo soy el paciente Padre Otro

Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____

Responsabilidad de Custodia: Yo el paciente Padre Otro (explique) _____

(Proporcione formularios de custodia & identificación con foto.)

Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código _____

de Celular: (_____) - _____

de otro teléfono: Casa Trabajo Celular (_____) - _____

CONTACTO DE EMERGENCIA *(otra persona responsable)*

Relación con el Paciente: Padre Otro

Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____

de Celular: (_____) - _____

de otro teléfono: Casa Trabajo Celular (_____) - _____

INFORMACIÓN DE SEGURO PRINCIPAL

Relación con el Paciente: Yo soy el paciente Padre Otro

Seguro Médico Principal _____ Número de Póliza _____

Apellido del Asegurado _____ Nombre _____ Inicial _____

Fecha de Nacimiento del Asegurado _____ / _____ / _____

Seguro Social del Asegurado _____ - _____ - _____

de Celular: (_____) _____ - _____

de otro teléfono: Casa Trabajo Celular (_____) _____ - _____

INFORMACION DE SEGURO SECUNDARIO

Relación con el Paciente: Yo soy el paciente Padre Otro

Seguro Médico Secundario _____ Número de Póliza _____

Apellido del Asegurado _____ Nombre _____ Inicial _____

Fecha de Nacimiento del Asegurado _____ / _____ / _____

Seguro Social del Asegurado _____ - _____ - _____

de Celular: (_____) _____ - _____

de otro teléfono: Casa Trabajo Celular (_____) _____ - _____

FARMACIA

Farmacia PHC Me gustaría usar una farmacia externa

Nombre de Farmacia _____

Dirección de Farmacia _____

Ciudad _____ Estado _____ Código _____

INFORMACION DEL HOGAR

Esta información es muy importante para nuestra financiación como un Centro de Salud Calificado Federalmente, y proporciona información que nos ayuda a mejor servir a nuestros pacientes y nuestra comunidad.

• Ingreso bruto anual del hogar: \$ _____

Me niego a declarar

• Número de niños y adultos dependientes de este ingreso: _____

Me niego a declarar

• Su Raza (Por favor de seleccionar uno): Asiático Nativo de Hawái Afroamericano

Indio Americano/Nativo de Alaska Caucásico/Blanco Más de una raza

Elijo no contestar Otro Isleño del Pacífico

HOUSEHOLD INFORMATION *(continued)*

- Su Origen Étnico *(Por favor de seleccionar uno)*: No-Hispano Hispano
 Elijo no contestar
- ¿Es veterano militar de los Estados Unidos? Si No
- En los últimos 2 años, ¿usted o sus familiares económicamente dependientes han sido trabajadores migrantes en la agricultura (se mudaron temporalmente a otra ciudad para encontrar trabajo en la agricultura, como en viñedos o en la recolección de fruta)? Si No
- En los últimos 2 años, ¿usted o sus familiares dependientes han sido trabajadores temporales en la agricultura? (¿No se mueva de una ciudad a ciudad para ir al trabajo, sino que solo trabaja ciertas temporadas en la agricultura, como en los viñedos o en la recolección de fruta)? Si No
- Soy: Lesbiana Gay Heterosexual Bisexual No Se
 Prefiero no contestar Algo Más

- ¿Ha estado sin hogar en algún momento desde enero de este año? Si No

En qué fecha se quedó sin hogar : _____ / _____ / _____

- En Albergue para personas sin Hogar Compartió hogar/durmió en sofá de alguien
- En la calle Programa de vivienda Transicional Otro

¿COMO SUPO DE NOSOTROS?

- Soy paciente actual Internet Radio Publicidad
- Por otro paciente/amigo Otro

