

## 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)

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 Pacifico

## 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