

# FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE-CLIENTE

DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE			
<b>Nombre legal completo</b>			
	(Apellido)	(Nombre)	(Inicial del segundo nombre)
<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>Edad</b>	<b>Apellido</b>	
<b>Número del Seguro Social</b>		<b>Número de la licencia de conducir</b>	
<b>Género/Preferencia de género</b> (marque uno) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiere no decir <input type="checkbox"/> Hombre transgénero/Femenino a masculino <input type="checkbox"/> Mujer transgénero/Masculino a femenino			
<b>Orientación sexual</b> (marque una) <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Lesbiana u homosexual <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiere no decir			
<b>Sexo del paciente asignado en el nacimiento</b> (marque uno) <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Desconocido			
<b>Pronombre de preferencia</b> (marque uno) <input type="checkbox"/> Él <input type="checkbox"/> Ella <input type="checkbox"/> Elle <input type="checkbox"/> Ellx <input type="checkbox"/> Prefiere no responder <input type="checkbox"/> No lo sabe			
<b>Dirección de correo</b>			
(Dirección)	(Ciudad)	(Estado)	(Código postal)
<b>Dirección del domicilio particular</b> (Si es diferente)			
(Dirección)	(Ciudad)	(Estado)	(Código postal)
<b>Teléfono</b> (marque su teléfono principal)			
<input type="checkbox"/> Teléfono fijo: _____ <input type="checkbox"/> Teléfono celular: _____ <input type="checkbox"/> Mensaje: _____			
<b>Método de comunicación preferido</b> (para contacto relacionado con las visitas) <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Mensaje de texto <input type="checkbox"/> Correo electrónico			
<b>Ocupación</b>	<b>Empleador</b>	<b>Teléfono</b>	
<b>Situación laboral</b> (marque una)			
<input type="checkbox"/> Jornada completa <input type="checkbox"/> Jornada parcial <input type="checkbox"/> Estacional/Temporal <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Desempleado			
<b>Nombre del cónyuge/pareja*</b>		<b>Fecha de nacimiento</b>	
*Si quiere permitir que la persona mencionada anteriormente hable sobre asuntos acerca de su atención médica o de la facturación correspondiente, inclúyala en el Formulario de Autorización de Revelación de Información.			
<b>Nombre de la parte responsable</b>		<b>Fecha de nacimiento</b>	
(Complete si es una persona que no sea el paciente)			
<b>Número del seguro social</b>	<b>Empleador</b>	<b>Teléfono</b>	
INFORMACIÓN DEL SEGURO Proporcione copias de sus tarjetas del seguro			
<b>Nombre del seguro primario</b>			
<b>Número de grupo</b>		<b>Número de póliza</b>	
<b>Nombre del titular de la póliza (PH)</b>		<b>Fecha de nacimiento del PH</b>	
<b>Número del Seguro Social del PH</b>		<b>Relación del PH con el paciente</b>	
<b>Nombre del seguro secundario</b> (si corresponde)			
<b>Número de grupo</b>		<b>Número de póliza</b>	
<b>Nombre del titular de la póliza (PH)</b>		<b>Fecha de nacimiento del PH</b>	
<b>Número del Seguro Social del PH</b>		<b>Relación del PH con el paciente</b>	

# FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE-CLIENTE

ESTADÍSTICAS SOBRE EL PACIENTE/CLIENTE	
Como organización sin ánimos lucrativos, recibimos financiación del gobierno y estamos <u>obligados</u> a recopilar todos los años las siguientes estadísticas sobre los pacientes/clientes a los que atendemos. Esta información es <b>confidencial</b> y se utilizará <b>solo</b> para fines estadísticos. Agradecemos que se tome el tiempo para responder de manera completa todas las preguntas en esta sección.	
<b>Marque una por cada pregunta (respuesta con respecto al paciente)</b>	
<b>Lengua materna</b> <input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> Lenguaje de señas de los Estados Unidos <input type="checkbox"/> Otra (especifique)	
<b>¿El cliente necesita un intérprete?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es Sí, encierre en un círculo cuál: <input type="checkbox"/> Lengua extranjera <input type="checkbox"/> Lenguaje de señas	
<b>¿Sería mejor que lo atiendan en un idioma que no sea el inglés?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Estado civil</b> <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado	
<b>Situación del estudiante</b> <input type="checkbox"/> Jornada completa <input type="checkbox"/> Jornada parcial <input type="checkbox"/> No es estudiante	
<b>¿El paciente es un veterano?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Familiar inmediato de un veterano</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>¿Es hijo dependiente de un veterano?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>¿Es Cónyuge/Concubino de un veterano?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sabe	
<b>Fuente de referencia</b> <input type="checkbox"/> Coordinador de promoción <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Medios de comunicación/periódico <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Televisión <input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> Publicidad digital <input type="checkbox"/> Correo directo <input type="checkbox"/> Letrero publicitario <input type="checkbox"/> Otro (especifique)	
<b>Indique la estabilidad de su estado de vivienda actual</b> <input type="checkbox"/> Permanente (estable) <input type="checkbox"/> Temporaria (inestable)	
<b>Situación de vivienda actual</b> <input type="checkbox"/> Casa propia <input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> Vivienda temporal <input type="checkbox"/> Vivienda compartida con amigos o familiares <input type="checkbox"/> Vivienda pública <input type="checkbox"/> Vivienda de transición <input type="checkbox"/> Albergue <input type="checkbox"/> Situación de calle <input type="checkbox"/> Otra	
<b>Estatus del trabajo agrícola</b> <input type="checkbox"/> No agrícola <input type="checkbox"/> Agrícola-Estacional <input type="checkbox"/> Agrícola-Migrante <input type="checkbox"/> Empleado agrícola durante todo el año <input type="checkbox"/> Trabajador agrícola jubilado	
<b>¿Es hispano o latino?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Raza (marque todas las que apliquen)</b> <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> Se niega a informar	
<b>Afiliación tribal actual del cliente:</b> <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Tribu Burns Paiute <input type="checkbox"/> Banda de indígenas Cow Creek de la tribu Umpqua <input type="checkbox"/> Tribus Confederadas de Grant Ronde <input type="checkbox"/> Tribus Confederadas de Coos/Lower Umpqua/Siuslaw <input type="checkbox"/> Tribus Confederadas de Umatilla <input type="checkbox"/> Tribus indígenas Coquille <input type="checkbox"/> Tribus Confederadas de Warm Springs <input type="checkbox"/> Otra (especifique):	
<b>¿Cuál es su ingreso familiar bruto (antes de las contribuciones)?</b> Por mes: <input type="checkbox"/> Por año: <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>¿Cuántas personas viven en su hogar, incluido usted?</b>	
<b>¿Recibe beneficios en efectivo del programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés)?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>¿A qué grado escolar (completo) llegó el cliente?</b>	

Firma del paciente o tutor legal/Representante personal (marque uno)

Fecha

Aclaración del paciente

Relación, de no ser el paciente