

FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE-CLIENTE

DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE			
Nombre legal completo			
	(Apellido)	(Nombre)	(Inicial del segundo nombre)
Fecha de nacimiento	Edad	Apellido	
Número del Seguro Social		Número de la licencia de conducir	
Género/Preferencia de género (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			
Orientación sexual (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			
Sexo del paciente asignado en el nacimiento (marque uno) <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Desconocido			
Pronombre de preferencia (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			
Dirección de correo			
(Dirección)	(Ciudad)	(Estado)	(Código postal)
Dirección del domicilio particular (Si es diferente)			
(Dirección)	(Ciudad)	(Estado)	(Código postal)
Teléfono (marque su teléfono principal)			
<input type="checkbox"/> Teléfono fijo: _____		<input type="checkbox"/> Teléfono celular: _____	
<input type="checkbox"/> Mensaje: _____		<input type="checkbox"/> Email: _____	
Método de comunicación preferido (para contacto relacionado con las visitas) <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Mensaje de texto <input type="checkbox"/> Correo electrónico			
Ocupación	Empleador	Teléfono	
Situación laboral (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			
Nombre del cónyuge/pareja*		Fecha de nacimiento	
*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.			
Nombre de la parte responsable		Fecha de nacimiento	
(Complete si es una persona que no sea el paciente)			
Número del seguro social	Empleador	Teléfono	
INFORMACIÓN DEL SEGURO Proporcione copias de sus tarjetas del seguro			
Nombre del seguro primario			
Número de grupo		Número de póliza	
Nombre del titular de la póliza (PH)		Fecha de nacimiento del PH	
Número del Seguro Social del PH		Relación del PH con el paciente	
Nombre del seguro secundario (si corresponde)			
Número de grupo		Número de póliza	
Nombre del titular de la póliza (PH)		Fecha de nacimiento del PH	
Número del Seguro Social del PH		Relación del PH con el paciente	

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 confidencial y se utilizará solo para fines estadísticos. Agradecemos que se tome el tiempo para responder de manera completa todas las preguntas en esta sección.	
Marque una por cada pregunta (respuesta con respecto al paciente)	
Lengua materna <input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> Lenguaje de señas de los Estados Unidos <input type="checkbox"/> Otra (especifique)	
¿El cliente necesita un intérprete? <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	
¿Sería mejor que lo atiendan en un idioma que no sea el inglés? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado	
Situación del estudiante <input type="checkbox"/> Jornada completa <input type="checkbox"/> Jornada parcial <input type="checkbox"/> No es estudiante	
¿El paciente es un veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Familiar inmediato de un veterano <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Es hijo dependiente de un veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Es Cónyuge/Concubino de un veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sabe	
Fuente de referencia <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	
Indique la estabilidad de su estado de vivienda actual <input type="checkbox"/> Permanente (estable) <input type="checkbox"/> Temporal (inestable)	
Situación de vivienda actual <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	
Estatus del trabajo agrícola <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	
¿Es hispano o latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Raza (marque todas las que apliquen) <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	
Afiliación tribal actual del cliente: <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):	
¿Cuál es su ingreso familiar bruto (antes de las contribuciones)? Por mes: <input type="checkbox"/> Por año: <input checked="" type="checkbox"/>	
¿Cuántas personas viven en su hogar, incluido usted?	
¿Recibe beneficios en efectivo del programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿A qué grado escolar (completo) llegó el cliente?	

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

Fecha

Aclaración del paciente

Relación, de no ser el paciente