

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 <i>(marque uno)</i> <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 <i>(marque una)</i> <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 <i>(marque uno)</i> <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Desconocido | | | |
| Pronombre de preferencia <i>(marque uno)</i> <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 <i>(Si es diferente)</i> | | | |
| (Dirección) | (Ciudad) | (Estado) | (Código postal) |
| Teléfono <i>(marque su teléfono principal)</i> | | | |
| <input type="checkbox"/> Teléfono fijo: _____ | | <input type="checkbox"/> Teléfono celular: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Mensaje: _____ | | <input type="checkbox"/> Email: _____ | |
| Método de comunicación preferido <i>(para contacto relacionado con las visitas)</i> <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Mensaje de texto <input type="checkbox"/> Correo electrónico | | | |
| Ocupación | Empleador | Teléfono | |
| Situación laboral <i>(marque una)</i> <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 | |
| <i>(Complete si es una persona que no sea el paciente)</i> | | | |
| 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 <i>(si corresponde)</i> | | | |
| 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="radio"/> |
| ¿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 |
| Source of Income (Check one) <input type="checkbox"/> Salarios <input type="checkbox"/> Asistencia pública <input type="checkbox"/> Pensión de retiro/SSI <input type="checkbox"/> Beneficio por discapacidad/SSDI <input type="checkbox"/> Otra (especifique) |
| ¿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