

FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE-CLIENTE

DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE			
Nombre legal complete:			
(Apellido)	(Nombre)	(Inicial del segundo nombre)	
Nombre preferido:			
(Apellido)	(Nombre)	(Inicial del segundo nombre)	
Fecha de nacimiento:	Edad:	Apellido al nacer:	
Número del Seguro Social:		Número de la licencia de conducir:	
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: _____	
Ocupación del paciente:		Empleador:	
Teléfono del empleador:			
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 <input type="checkbox"/> Militar activo <input type="checkbox"/> Discapacitado			
Situación del estudiante: <input type="checkbox"/> Jornada completa <input type="checkbox"/> Jornada parcial <input type="checkbox"/> No es estudiante			
Nombre de la parte responsable (Complete si es una persona que no sea el paciente): _____			
Fecha de nacimiento: _____		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 ánimo de lucro, recibimos fondos de subvenciones y estamos obligados a recopilar la siguiente información cada año. La información que nos proporcione es confidencial. Marque una opción para cada pregunta (respuesta relativa al paciente).	
Idioma principal: <input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> Lenguaje de señas de los Estados Unidos <input type="checkbox"/> Otro (<i>especifique</i>):	
¿El paciente 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 legalmente <input type="checkbox"/> Pareja doméstica	
¿El paciente es 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 sé	
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	
Estado de vivienda del paciente: <input type="checkbox"/> Vehículo <input type="checkbox"/> Inestable <input type="checkbox"/> Temporaria <input type="checkbox"/> Permanente (estable) <input type="checkbox"/> Centro de recuperación <input type="checkbox"/> Otra	
Estado sin hogar: <input type="checkbox"/> En riesgo de quedarse sin hogar <input type="checkbox"/> Niño en riesgo de sin hogar <input type="checkbox"/> No sin hogar actualmente (sin hogar en los últimos 12 meses) <input type="checkbox"/> Sin hogar refugio desconocido <input type="checkbox"/> Vivir en un refugio <input type="checkbox"/> Vivir con otros <input type="checkbox"/> No sin hogar <input type="checkbox"/> Vivienda de apoyo permanente <input type="checkbox"/> Hotel de ocupación individual <input type="checkbox"/> Calle, campamento, puente <input type="checkbox"/> Vivienda de transición <input type="checkbox"/> Veterano en riesgo de quedarse sin hogar	
Vivienda pública (sección 8/HUD): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Migrante o estacional? <input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> Estacional <input type="checkbox"/> Ni	
¿Grupo étnico del paciente? <input type="checkbox"/> Hispano/Latino/a <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino/a <input type="checkbox"/> No deseo contestar <input type="checkbox"/> Desconocido	
Raza (<i>marque todas las que apliquen</i>): <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Otra de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Indígena de las Américas <input type="checkbox"/> No deseo contestar	
Afiliación tribal actual del paciente: <input type="checkbox"/> No aplicable <input type="checkbox"/> Burns Paiute Tribe <input type="checkbox"/> Cow Creek Band of Umpqua Tribe <input type="checkbox"/> Confederated Tribes of Grant Ronde <input type="checkbox"/> Coquille Indian Tribes <input type="checkbox"/> Confederated Tribes of Coos/Lower Umpqua/Siuslaw <input type="checkbox"/> Confederated Tribes of Umatilla <input type="checkbox"/> Confederated Tribes of Warm Springs <input type="checkbox"/> Otra (<i>especifique</i>):	
¿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	
Fuente de ingreso (<i>marque uno</i>): <input type="checkbox"/> Sueldos/salario <input type="checkbox"/> Asistencia pública <input type="checkbox"/> Pensión de retiro/SSI <input type="checkbox"/> Beneficio por discapacidad/SSDI <input type="checkbox"/> Otra (<i>especifique</i>):	
¿Grado escolar más alto Paciente completado?	
Información adicional del paciente (por favor responda todas las preguntas)	
Adapt es una organización sin fines de lucro comprometida a atender las necesidades de nuestra comunidad. Esta información nos ayudará a acceder a subvenciones adicionales para continuar ayudando a los residentes sin seguro y desatendidos y para identificar a los pacientes que pueden calificar para programas o servicios especiales. La información pasará a formar parte de su registro confidencial del paciente.	
¿Cuál es su ingreso familiar bruto (antes de las contribuciones)? \$ (<i>marque una</i>) <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año	

FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE-CLIENTE

¿Cuántas personas viven en su hogar, incluido usted?

Orientación sexual (*marque una*): Heterosexual Bisexual Algo más/otra No sé Prefieres no contestar
 Gay Lesbiana Pansexual Queer Omnisexual Asexual

Identidad de género (*marque uno*): Masculino Femenino Transgénero (F a M) Transgénero (M a F)
 Otra No deseo contestar No binario/género queer Cuestionamiento de género Dos espíritus

Sexo del paciente asignado en el nacimiento (*marque uno*): Femenino Masculino Intersex
 Desconocido No en el certificado de nacimiento

Pronombre de preferencia (*marque uno*):

she/her/ella he/him/él they/them/elle/ellx ze/hir/hirs ey/em/eirs xe/xm/xyrs ve/vir/vis
 Otro Nombre del paciente No deseo contestar Desconocido

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

Fecha

Aclaración del paciente

Relación, de no ser el paciente