

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: inglés español Lenguaje de señas de los Estados Unidos
 Otro (*especifique*):

¿El paciente necesita un intérprete? Sí No

Si la respuesta es Sí, encierre en un círculo cuál: Lengua extranjera Lenguaje de señas

¿Sería mejor que lo atiendan en un idioma que no sea el inglés? Sí No

Estado civil: Soltero Casado Viudo Divorciado Separado legalmente Pareja doméstica

¿El paciente es un veterano? Sí No **¿Es hijo dependiente de un veterano?** Sí No

¿Es Cónyuge/Concubino de un veterano? Sí No No sé

Fuente de referencia: Coordinador de promoción Amigo Familiar Medios de comunicación/periódico
 Radio Televisión Facebook Publicidad digital Correo directo Letrero publicitario

Estado de vivienda del paciente: Vehículo Inestable Temporaria Permanente (estable)
 Centro de recuperación Otra

Estado sin hogar: En riesgo de quedarse sin hogar Niño en riesgo de sin hogar

No sin hogar actualmente (sin hogar en los últimos 12 meses) Sin hogar refugio desconocido Vivir en un refugio

Vivir con otros No sin hogar Vivienda de apoyo permanente Hotel de ocupación individual

Calle, campamento, puente Vivienda de transición Veterano en riesgo de quedarse sin hogar Desconocido

Vivienda pública (sección 8/HUD): Sí No

¿Migrante o estacional? Migrante Estacional Ni

¿Grupo étnico del paciente? Hispano/Latino/a No Hispano/Latino/a No deseo contestar Desconocido

Raza (*marque todas las que apliquen*): Blanco Negro/Afroamericano Asiático Nativo de Hawái

Otra de las islas del Pacífico Nativo de Alaska Indígena de las Américas No deseo contestar

Afiliación tribal actual del paciente: No aplicable

Burns Paiute Tribe Cow Creek Band of Umpqua Tribe Confederated Tribes of Grant Ronde

Coquille Indian Tribes Confederated Tribes of Coos/Lower Umpqua/Siuslaw Confederated Tribes of Umatilla

Confederated Tribes of Warm Springs Otra (*especifique*):

¿Recibe beneficios en efectivo del programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés)? Sí No

Fuente de ingreso (*marque uno*): Sueldos/salario Asistencia pública Pensión de retiro/SSI

Beneficio por discapacidad/SSDI Otra (*especifique*):

¿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)? \$ (*marque una*) Por mes Por año

FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE-CLIENTE

¿Cuántas personas viven en su hogar, incluido usted?

Orientación sexual (*marque uno*): 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