

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

APELLIDOS		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO ASIGNADO AL NACER			
FECHA DE NACIMIENTO				SSN					
DIRECCIÓN		APT #		CIUDAD		ESTADO		CODIGO POSTAL	
TELÉFONO #			CELULAR #			CORREO ELECTRÓNICO			
IDIOMA: _____						RAZA			
¿NECESITA UN INTÉRPRETE O TRADUCTOR? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO						<input type="checkbox"/> BLANCA <input type="checkbox"/> INDIO AMERICANO <input type="checkbox"/> NEGRO <input type="checkbox"/> NATIVO HAWAIANO <input type="checkbox"/> ASIÁTICO <input type="checkbox"/> PACÍFICO ISLEÑO <input type="checkbox"/> MAS DE 1 RAZA			
ETNIA: HISPANO O LATINO/ESPAÑOL <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO									
ESTADO CIVIL		ORIENTACION SEXUAL			IDENTIDAD DE GÉNERO				
<input type="checkbox"/> SOLTERO(A) <input type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> DIVORCIADO(A) <input type="checkbox"/> VIUDO(A)		<input type="checkbox"/> LESBIANA, GAY O HOMOSEXUAL <input type="checkbox"/> BISEXUAL <input type="checkbox"/> HETEROSEXUAL <input type="checkbox"/> NO SE <input type="checkbox"/> OTROS: _____ <input type="checkbox"/> ELIGO NO DIVULGAR			<input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/> TRANSGENERO/MASCULINO <input type="checkbox"/> TRANSGENERO/FEMENINO <input type="checkbox"/> ELIGO NO DIVULGAR <input type="checkbox"/> GENERO NO CONFORME <input type="checkbox"/> OTROS: _____				
TAMAÑO DE LA FAMILIA		INGRESOS FAMILIARES			¿ERES UN TRABAJADOR AGRÍCOLA MIGRANTE?			ERES UN VETERANO	
_____ GENTE		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D (VER ESCALA DE CATEGORÍAS DE INGRESOS)			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿ESTA USTED SIN CASA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SI SÍ, SELECCIONE EL TIPO DE ALOJAMIENTO: <input type="checkbox"/> CALLE <input type="checkbox"/> DE TRANSICIÓN <input type="checkbox"/> ALBERGUE <input type="checkbox"/> VIVIENDA COMPARTIDA <input type="checkbox"/> AYUDA DE VIVIENDA <input type="checkbox"/> OTROS _____									
CONTACTO DE EMERGENCIA			RELACION CON EL PACIENTE			TELÉFONO #		CELULAR #	
EMPLEO: <input type="checkbox"/> TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> MEDIO TIEMPO <input type="checkbox"/> DESEMPLEADO <input type="checkbox"/> RETIRADO NOMBRE DE EMPLEADOR: _____ TELEFONO DEL EMPLEADOR #: _____									
PADRE/TUTOR U OTRA PERSONA A SER FACTURADA (SI ES DIFERENTE AL PACIENTE)									
APELLIDOS		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO			
DIRECCIÓN		APT #		CIUDAD		ESTADO		CODIGO POSTAL	
ASISTENCIA FINANCIERA									
¿ESTÁ INTERESADO EN RECIBIR ASISTENCIA PARA PAGAR SUS FACTURAS MÉDICAS CON SIHF PARA USTED O UN FAMILIAR? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO TENGO SEGURO, PERO ME GUSTARÍA SOLICITAR DESCUENTO DE TARIFA REGULABLE, PARA MI DEDUCIBLE O COPAGO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO									
OTRA INFORMACION									
¿TIENES UN DIPLOMA DE ESCUELA SECUNDARIA O EDUCACIÓN SUPERIOR? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿A VECES HAS PERDIDO TUS CITAS MÉDICAS DEBIDO A LA DIFICULTAD PARA CONSEGUIR TRANSPORTE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO									
CONSENTIMIENTO									
ACEPTO RECIBIR COMUNICACIÓN POR TODAS LAS FORMAS, INCLUYENDO LLAMADAS AUTOMÁTICAS Y TEXTOS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO									
CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN ESTE FORMULARIO ES VERDADERA Y PRECISA, Y RECONOZCO QUE ESTÁ SUJETA A VERIFICACIÓN.									
PACIENTE/PADRES FIRMA: _____							FECHA: _____		
INSURANCE									
<input type="checkbox"/> INSURANCE CARD COPIED <input type="checkbox"/> ID COPIED STAFF MEMBER: _____ DATE: _____									