

Información del Paciente – Datos Demográficos

Primer Nombre: _____ Inicial del Seg Nombre: ____ Apellido: _____ Nombre Preferido: _____

Pronombres Preferidos: ☐ el/le/lo ☐ ella/la/lo ☐ ellos/les/lo ☐ xe/xem/xyrs ☐ ze/hir/hirs ☐ ey/em/eirs ☐ ve/vir ☐ Otro ☐ Solo nombre ☐ Prefiero no responder

Fecha de Nacimiento: (Mes) _____ (Día) _____ (Año) _____ Sexo de Nacimiento: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Se Niega a Contestar

Dirección: _____ Apt: ____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal: _____

Núm. de Teléfono Principal: _____ Correo Electronico: _____

Que idioma habla en casa? ☐ Inglés ☐ Español ☐ Vietnamita ☐ Otro _____

Estado Civil: ☐ Casado/a ☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a ☐ Soltero/a ☐ Separado/a ☐ Pareja

Situación Laboral: ☐ Tiempo completo ☐ Tiempo parcial ☐ Sin empleo ☐ Jubilado ☐ Estudiante (☐ Completo/☐ Parcial)

En Caso de Emergencia:

Nombre de Contacto de Emergencia: _____ Relación al Paciente: _____

Núm. de Teléfono del Contacto de Emergencia: _____

UDS

Veterano/Militar: ☐ Si ☐ No?

Raza: ☐ Negro/ Afroamericano ☐ Güero/Blanco ☐ Indio Asiático ☐ Chino ☐ Filipino ☐ Japones ☐ Coreano ☐ Vietnamita ☐ Otros Asiáticos ☐ Nativos de Hawái ☐ Otros Isleños del Pacífico ☐ Guameño o Chamorro ☐ Samoano ☐ Nativo Americano ☐ Nativo de Alaska ☐ No Declarados/Decide no declarar la raza

Etnicidad: ☐ Mexicano/a, Mexicano/a-Americano/a, Chicano/a ☐ Puertorriqueño ☐ Cubano/a ☐ Otro Hispano, Latino/a o Origen Español ☐ No Hispano/a, Latino/a o de Origen Español ☐ No Declarados/Decide no declarar la raza

Situación de Vivienda: ☐ Vivienda estable ☐ Vivienda de Transición ☐ Vive en un Refugio ☐ Vive con otras personas ☐ Vive en la calle, en un campamento, en un puente ☐ Otro: _____

Es el paciente un trabajador migrante: ☐ Si ☐ No?

Información Sobre Asegurancia y Facturación

Tiene Asegurancia? ☐ Si ☐ No En caso afirmativo, de que tipo?: ☐ Seguro Privado ☐ Medicaid ☐ Medicare

Seguro Medico Principal: _____ Seguro Dental: _____

Si tiene un seguro privado, por favor de añadir la información del titular de la póliza de seguro si es diferente del paciente.

Nombre del Tomador del Seguro: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Núm. de Seguro Social: _____

Dirección: _____ Apt. # _____ City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Solo para Pacientes Menores de Edad

Nombre del Garante: _____ Fecha de Nacimiento del Garante: _____

- La información que he facilitado es cierta.
- Autorizo la divulgación de la información sanitaria/financiera necesaria para llevar a cabo auditorías o tramitar reclamaciones de seguros incluyendo: VIH, salud mental, ETS, pruebas genéticas y abuso de drogas.
- Estoy de acuerdo en notificar a CHC inmediatamente si hay un cambio en la demografía, cobertura de seguro, etc.

Por Favor de Firmar Aquí.