

INFORMACIÓN GENERAL DEL PACIENTE					
Apellido		Nombre		Segundo nombre	
Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Género al nacer <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Indiferenciado		¿Quién es su proveedor médico?	
Dirección:		Ciudad	Estado		Código Postal
Dirección postal:		Ciudad	Estado		Código Postal
Correo electrónico:		¿Es usted transgénero? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo: <input type="checkbox"/> Trans-hombre a mujer o <input type="checkbox"/> Trans-mujer a hombre			
Teléfono celular:		¿Cuál es su estado civil? (Marque uno)			
Teléfono casa:		<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado legalmente <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Pareja de hecho <input type="checkbox"/> Anulación <input type="checkbox"/> Interlocutorio <input type="checkbox"/> Polígamo <input type="checkbox"/> Desconocido			
¿Estudiante? <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> No es estudiante		¿Fumador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Estudiante? <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> No es estudiante	
Seleccione uno: <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Otro Isteño del Pacífico		<input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo de Alaska			
<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> Rehúsa especificar					
Seleccione uno: <input type="checkbox"/> No hispano/Latino <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Rehúsa especificar <input type="checkbox"/> Desconocido/No informado					
Idioma preferido:		¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

CONTACTOS DE EMERGENCIA EN CASO DE QUE NO NOS PODAMOS COMUNICAR CON USTED:	
Fecha:	Contacto/persona designada de emergencia: (Cónyuge, amigo, tutor legal o padre/madre (si el paciente es menor de edad))
	Relación: _____ Número de teléfono _____
Fecha:	Contacto/persona designada de emergencia: (Cónyuge, amigo, tutor legal o padre/madre (si el paciente es menor de edad))
	Relación: _____ Número de teléfono: _____

Autorizo a Family Healthcare of Hagerstown a divulgar cualquier información relacionada con mi tratamiento, examen y/o resultados clínicos a la persona o personas mencionadas anteriormente.

Firmar con iniciales aquí

GARANTE/PARTE RESPONSABLE:					
Apellido		Nombre		Segundo nombre	
Dirección:		Ciudad	Estado		Código Postal
Número de teléfono:	Relación con el paciente:		Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha nacimiento (mm/dd/aaaa)	

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO:		
Nombre de la compañía de seguros:		Núm. de póliza
Nombre del titular de la póliza:	Fecha nacimiento del titular de la póliza:	Nombre del titular de la póliza:
Empleador:		Núm. de grupo

INFORMACIÓN DEL SEGURO DENTAL:		
Nombre de la compañía de seguros:		Núm. de póliza
Nombre del titular de la póliza:	Fecha nacimiento del titular de la póliza:	Nombre del titular de la póliza:
Empleador		Núm. de grupo

¿Tiene un proveedor con el que le gustaría programar una cita? Si es así, ¿quién? _____

Mi firma a continuación indica que toda la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta.

Paciente/Padre/Madre/Tutor Legal

Fecha

Centro Médico Comunitario
Información de UDS (Sistema de Datos Uniforme)

Fecha: _____ Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Para continuar ofreciendo la variedad de servicios que ofrecemos en Family Healthcare of Hagerstown y continuar recibiendo la financiación mediante subvenciones, se nos requiere que recolectemos información de cada persona que reciba atención. La información es informada como un número total y no es informada sobre pacientes individuales:

- 1) ¿Cuántas personas viven en su hogar? _____
¿Cuáles son los ingresos anuales de todos los familiares en su hogar? _____
- 2) ¿Alguna vez usted o alguien en su familia realizó trabajo agrícola (granja) en los últimos 3 años?
 Sí No
- 3) De ser así, ¿era trabajo agrícola migrante en el cual viajaba de pueblo en pueblo sin establecer una residencia permanente?
 Sí No
- 4) De ser así, ¿era trabajo agrícola estacional en el cual viajaba y trabajada por estación y ha establecido una residencia en la misma área?
 Sí No
- 5) ¿Está usted sin hogar?
 Sí No
- 6) De ser así, ¿dónde se quedó/durmió anoche?
 Compartiendo hogar Refugio
 Calle (incluyendo auto u otro vehículo) Transitorio (incluyendo hotel/motel)
 Desconocido
- 7) ¿Vive en una vivienda pública?
 Sí No
- 8) ¿Es usted un veterano?
 Sí No
- 9) ¿Cuál es su profesión o trabajo? _____

Gracias por brindar esta información importante. Esta asegurará que podamos brindarle servicios y programas valiosos en el futuro.

Iniciales del Personal de FHH: _____