

INFORMACIÓN GENERAL DEL PACIENTE			
Apellido		Primer Nombre	Segundo Nombre
Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)	Género al nacer <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No diferenciado	¿Quién es su Proveedor Médico?
Dirección de la Casa:		Ciudad	Estado Código Postal
Dirección de Correo:		Ciudad	Estado Código Postal
Dirección de Correo Electrónico:		¿Es usted transgénero? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es Sí: <input type="checkbox"/> De Hombre a Mujer <input type="checkbox"/> De Mujer a Hombre	
Teléfono Celular:	Teléfono de la Casa:	¿Cuál es su estado civil? (Marque uno) <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Pareja de Hecho <input type="checkbox"/> Separado Legalmente <input type="checkbox"/> Interlocutoria <input type="checkbox"/> Poligamia <input type="checkbox"/> Desconocido	
¿Es estudiante? <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> No es estudiante		¿Fumador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Usted trabaja? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es Sí, ¿Quién es su empleador? ¿Cuál es su Ocupación?	
Seleccione una: <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Otras Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro/ Afroamericano <input type="checkbox"/> Indígena Americano/ Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> Declina especificar			
Seleccione una: <input type="checkbox"/> No es Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Declina Especificar <input type="checkbox"/> Desconocido/No reportado			
Lenguaje preferido:		¿Necesita a un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

CONTACTOS DE EMERGENCIA POR SI NO PUEDO SER LOCALIZADO:	
Fecha:	Contacto de Emergencia/Designado: (Cónyuge, Amigo, Tutor Legal, o Padre (si el paciente es menor de edad))
	Relación: Número de Teléfono
Fecha:	Contacto de Emergencia/Designado: (Cónyuge, Amigo, Tutor Legal, o Padre (si el paciente es menor de edad))
	Relación: Número de Teléfono:

GARANTE/ RESPONSABLE:			
Apellido		Primer 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 de Nacimiento (dd/mm/aaaa)

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO:		
Nombre de la Compañía del Seguro:		Póliza #
Nombre del Titular de la Póliza	Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza:	No. S.S. del Titular de la Póliza:
Empleador:		No. de Grupo

INFORMACIÓN DEL SEGURO DENTAL:		
Nombre de la Compañía del Seguro:		Póliza #
Nombre del Titular de la Póliza	Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza:	No. S.S. del Titular de la Póliza:
Empleador:		No. de Grupo

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

- Autorizo a Family Healthcare of Hagerstown a divulgar cualquier información relacionada con mi tratamiento, exámenes y/o resultados clínicos a los Contactos de Emergencia mencionados anteriormente.
- Autorizo a Family Healthcare of Hagerstown a dejar mensajes en cualquier número de teléfono proporcionado, relacionados con recordatorios de citas y/o resultados o información clínica.
- Mi firma a continuación indica que toda la información proporcionada en este formulario es auténtica y correcta.

Paciente/Padre/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: _____