

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"/> Indiferenciado		¿Quién es su proveedor médico?	
Dirección:		Ciudad	Estado		Código postal
Dirección de correo:		Ciudad	Estado		Código postal
Correo electrónico:		Identidad de género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transexual a mujer <input type="checkbox"/> Transexual a hombre <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Decidió no declarar <input type="checkbox"/> Desconocido			
Celular:		¿Cuál es su estado civil? (Marque uno)			
Teléfono de 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"/> Anulado		<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 soy estudiante		¿Fumador? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Por favor, seleccione uno: <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otros asiáticos <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo <input type="checkbox"/> Otros isleños del Pacífico <input type="checkbox"/> Guamanés o chamorro <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> No declarados/No declara la raza					
Por favor, seleccione uno: <input type="checkbox"/> No hispano/latino <input type="checkbox"/> Otro hispano/latino <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Mexicano Americano <input type="checkbox"/> Chicano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> No especifica <input type="checkbox"/> Desconocido/No declarado					
Por favor, seleccione uno <input type="checkbox"/> Lesbiana o Gay <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No lo se <input type="checkbox"/> Decidió no declarar <input type="checkbox"/> Desconocido					
Idioma preferido:		¿Necesita interprete? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			

CONTACTOS DE EMERGENCIA EN CASO DE NO PODER LOCALIZARME:

Fecha:	Contacto de emergencia/persona designada: (cónyuge, amigo, tutor legal o padre (si el paciente es menor de edad))	
	Parentesco:	Teléfono:
Fecha:	Contacto de emergencia/persona designada: (cónyuge, amigo, tutor legal o padre (si el paciente es menor de edad))	
	Parentesco:	Teléfono:

FIADOR/RESPONSABLE:

Apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Dirección:		Ciudad	Estado		Código postal
Teléfono:	Parentesco con el paciente:	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO MÉDICO:

Nombre de la aseguradora:		# de Póliza
Nombre del titular de la póliza:	Fecha de nacimiento del titular de la póliza:	# de SS del Titular de la Póliza
Empleador:		# de Grupo

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO ODONTOLÓGICO:

Nombre de la aseguradora:		# de Póliza
Nombre del titular de la póliza:	Fecha de nacimiento del titular de la póliza:	# de SS del Titular de la Póliza
Empleador:		# de Grupo

¿Tiene algún proveedor con el que le gustaría programar una cita? En caso afirmativo, ¿con quién? _____

- Autorizo a Family Healthcare of Hagerstown a divulgar cualquier información relacionada con mi tratamiento, examen 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 en relación con recordatorios de citas y/o resultados clínicos o información.
- Mi firma a continuación indica que toda la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta.

Paciente/Padre/Tutor legal

Fecha

Centro de Salud Comunitario
Información UDS (Sistema de Datos Uniformes)

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

Para continuar proporcionando la variedad de servicios que ofrecemos en Family Healthcare of Hagerstown y seguir recibiendo financiación, estamos obligados a recopilar información sobre cada persona que recibe atención. La información es reportada 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 miembros de la familia? _____
- 2) ¿Usted o algún miembro de su familia ha trabajado en la agricultura en los últimos 3 años?
 Sí No
- 3) En caso afirmativo, ¿se trataba de un trabajo agrícola migratorio en el que viajaba de ciudad en ciudad sin establecer una residencia permanente?
 Sí No
- 4) En caso afirmativo, ¿se trataba de un trabajo agrícola estacional en el que viaja y trabaja por temporadas y tiene una residencia establecida en la misma zona?
 Sí No
- 5) ¿Es usted una persona sin hogar?
 Sí No
- 6) En caso afirmativo, ¿dónde se alojó/durmió anoche?
 Vivienda compartida Refugio
 Calle (incluyendo un automóvil u otro vehículo) Transitorio (incluyendo hotel/motel)
 Desconocido Viviendas de apoyo permanente Otro
- 7) ¿Usted vive en una vivienda pública?
 Sí No
- 8) ¿Es usted veterano?
 Sí No
- 9) ¿Cuál es su profesión o trabajo? _____

Gracias por facilitarnos esta información tan importante. Nos aseguraremos de poder ofrecerle valiosos servicios y programas en el futuro.

Iniciales del personal de FHH: _____