

INFORMACIÓN GENERAL DEL PACIENTE

Apellido		Primer nombre		Segundo Nombre	
Número del Seguro Social	Fecha de Nacimiento: (dd/mm/aaaa)	Género al nacer <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Idioma preferido:	
Dirección de habitación:		Ciudad	Estado		Código postal
Dirección postal:		Ciudad	Estado		Código postal
Correo electrónico:			Farmacia preferida:		
Teléfono celular:			¿Cuál es su estado civil? (Seleccione uno)		
Teléfono del hogar:			<input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Concubinato <input type="checkbox"/> Anulado <input type="checkbox"/> Interlocutorio(a) <input type="checkbox"/> Polígamo(a) <input type="checkbox"/> Desconocido		
Consentimiento para recibir llamadas/mensajes automáticos: Llamadas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Mensajes de Textos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Raza: <input type="checkbox"/> Indígena Americano(a)/Nativo(a) de Alaska <input type="checkbox"/> Negro(a)/Afroamericano(a) <input type="checkbox"/> Chino(a) <input type="checkbox"/> Filipino(a) <input type="checkbox"/> Guamaniano(a) o Chamorro(a) <input type="checkbox"/> Japonés(a) <input type="checkbox"/> Coreano(a) <input type="checkbox"/> Nativo(a) Hawaiano(a) <input type="checkbox"/> Otro Asiático(a) <input type="checkbox"/> Otro(a) Isleño(a) del Pacífico <input type="checkbox"/> Samoano(a) <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Blanco(a) <input type="checkbox"/> No informado(a)/Elegió no revelar raza					
Etnia: <input type="checkbox"/> No Hispano(a)/Latino(a) <input type="checkbox"/> Otro(a) Hispano(a)/Latino(a) <input type="checkbox"/> Chicano(a) <input type="checkbox"/> Cubano(a) <input type="checkbox"/> Mexicano(a) <input type="checkbox"/> México-Americano(a) <input type="checkbox"/> Puertorriqueño(a) <input type="checkbox"/> No sabe/No responde					
¿Cómo se enteró de nosotros? <input type="checkbox"/> Publicidad <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Compañía de seguros <input type="checkbox"/> Paciente en el medio <input type="checkbox"/> Proveedor de atención primaria <input type="checkbox"/> Boca a boca <input type="checkbox"/> Otro					

CONTACTO DE EMERGENCIA EN CASO DE NO PODER SER LOCALIZADO:

Fecha:	Contacto de emergencia/Designado(a): Esposo(a), amigo(a), tutor(a) legal o padre/madre (si el paciente es menor)	
	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 de seguros:		No. de póliza:	
Nombre del titular:	Fecha de nacimiento del titular:	Número de seguro social del titular:	
Empleador:		Número de grupo:	

INFORMACIÓN DEL SEGURO DENTAL:

Nombre de la compañía de seguros:		No. de póliza:	
Nombre del titular:	Fecha de nacimiento del titular:	Número de seguro social del titular:	
Empleador:		Número de grupo:	

¿Tiene algún proveedor con el que le gustaría ser programado? Si es así, ¿quién? _____

- Autorizo a Family Healthcare of Hagerstown a liberar cualquier información relacionada con mi tratamiento, examen y/o resultados clínicos al (a los) contacto(s) de emergencia antes mencionados.
- Autorizo a Family Healthcare of Hagerstown a dejar mensajes relacionados con recordatorios de citas y/o resultados clínicos o información médica en cualquiera de los números de teléfono proporcionados.
- Mi firma a continuación indica que toda la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta.

Firma del Paciente/Padre/Tutor Legal: _____

Fecha: _____

COMPLETE LA PARTE POSTERIOR DEL FORMULARIO

Directivas Anticipadas:

Una Directiva Anticipada es un formulario que el paciente completa diciendo cuánta atención médica desea recibir en caso de no poder responder

luego. ¿Tiene una Directiva Anticipada? Sí No

¿Quién proporciona el cuidado diario para el paciente? El paciente mismo(a) Uno de los padres Otro

Si es otro, por favor proporcione un nombre y número de teléfono: _____

Tutor legal/Apoderado médico:

¿El paciente tiene un Tutor Legal o Apoderado médico (una persona designada por el paciente, la familia o los tribunales para tomar decisiones de salud para el paciente si este no puede hacerlo)?

No Sí (De ser sí, necesitamos una copia para nuestros registros)

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____



Para seguir ofreciendo la variedad de servicios que brindamos en Family Healthcare of Hagerstown y continuar recibiendo fondos de subvenciones, se nos exige recolectar información de cada persona que recibe atención.

Esta información se reporta como un número general y no se informa sobre pacientes individuales.

- 1) ¿Cuántas personas viven en su hogar? _____
- 2) ¿Cuál es el ingreso **anual** de todos los miembros del hogar familiar? _____ USD
- 3) ¿Ha realizado usted o alguien en su hogar trabajo agrícola (en granjas) en los últimos 24 meses?
 Sí No

De ser sí, ¿fue trabajo agrícola **migrante**? (En un hogar temporal para empleo) Sí No
De ser sí, ¿fue trabajo agrícola **estacional**? (No en un hogar temporal para empleo) Sí No

4) ¿Es usted una persona sin hogar? Sí No

De ser sí, ¿dónde pasó la noche de ayer?

- En casa de familiares o amigos Refugio para personas sin hogar Vivienda de apoyo permanente
- En la calle (incluyendo un auto u otro vehículo) Lugar transitorio (incluyendo hotel/motel)
- Otro Desconocido

5) ¿Vive usted en una vivienda pública? Sí No

6) ¿Es usted veterano? Sí No

Gracias por proporcionar esta información tan importante. La misma asegurará que podamos ofrecerle servicios y programas valiosos en el futuro.

Personal FHH que recibe el formulario _____ Personal FHH que actualiza el sistema: _____

Walnut Street Community Health Center, Inc. opera comercialmente como Family Healthcare of Hagerstown (FHH). Este centro de salud recibe fondos a través de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés) y es un beneficiario bajo el 42 U.S.C. 254b. FHH tiene el estatus de Servicios Públicos de Salud (PHS, por sus siglas en inglés) relacionados con ciertos reclamos de salud o relacionados con la salud bajo 42 U.S.C. 233(g)-(n). Esto incluye demandas por mala praxis médica para sí mismo y sus individuos cubiertos. FHH es una organización sin fines de lucro bajo la sección 501(c)3 del Código del IRS. Esta institución es un proveedor y empleador de igualdad de oportunidades.