

Formulario Demográfico del Paciente

(Esta información es sobre el paciente que se va a consultar)

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del 2do Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____

Nombre del Padre/Tutor Legal: _____

Dirección: _____ Apt./Piso: _____

Ciudad/Pueblo: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Correo Electrónico: _____

Estado Civil: Soltero/a Casado/a Pareja Divorciado/a Viudo/a Otro: _____

Teléfono Celular: _____ Teléfono Alternativo: _____

Contacto de Emergencia: _____ Teléfono de Emergencia: _____

Proveedor de Atención Primaria (si fuera de Charter Oak): _____ Teléfono: _____

Idioma preferido: Inglés Español Portugués Otro: _____

<p><u>Sexo Asignado al Nacer o Reportado en el Certificado de Nacimiento:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Masculino (Varón) <input type="checkbox"/> Femenino (Hembra)</p> <p><u>Estado de Veterano:</u></p> <p><input type="checkbox"/> No soy veterano <input type="checkbox"/> Soy veteran</p>	<p><u>Etnicidad:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Hispano/Latino: (Marque todas las que correspondan)</p> <p><input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Mexicano, Mexicano Americano, o Chicano <input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <p><input type="checkbox"/> No Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Prefiero no especificar <input type="checkbox"/> Other: _____</p> <p>¿Es usted un Trabajador Migrante o por Temporadas?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si Sí,</p> <p><input type="checkbox"/> Trabajador Migrante/Temporal <input type="checkbox"/> Trabajador por Temporadas</p>	<p><u>Raza:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Afroamericano/Negro <input type="checkbox"/> Asiático: (Marque todas las que correspondan)</p> <p><input type="checkbox"/> Indio Asiático (India) <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro Asiático</p> <p><input type="checkbox"/> Blanco</p> <p><input type="checkbox"/> Indígena Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Otras Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> Prefiero no especificar <input type="checkbox"/> Other: _____</p>
---	---	--

Información Financiera/Seguro Médico

Tengo cobertura de seguro. Por favor, agregue la información del seguro a continuación.

Nombre del Seguro Primario: _____ Número de ID/Grupo #: _____

Nombre del titular de la Póliza: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Relación con el asegurado: _____

Nombre del Seguro Secundario: _____ Número de ID/Grupo #: _____

Nombre del titular de la Póliza: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Relación con el asegurado: _____

¿Cuál es su ingreso familiar? \$ _____ Semanal Quincenal Mensual Anual

Sin ingresos Prefiero no especificar

¿Cuántas personas viven en su hogar? _____ (incluyendo cónyuge y todos los hijos menores de 18 años)

Servicios de elegibilidad: Nuestro departamento de Servicios de elegibilidad puede ayudar a determinar su elegibilidad para el seguro o nuestro Programa de descuento de tarifa variable, si no tiene seguro. Si desea obtener más información, pregunte a uno de los miembros de nuestro personal.

Estado de Vivienda (marque una sola opción):

- Vivo en la calle
- Vivo en un refugio
- Vivo en vivienda de transición
- Vivo con familiares/amigos (Doubling Up)
- Vivo en vivienda de apoyo permanente
- Otro: _____

¿Tiene alguna discapacidad o limitación que debemos tener en cuenta para brindarle una mejor asistencia?

- Sí No

En caso de que Sí:

- Audición
- Visión
- Movilidad
- Otros: _____

Toma de Decisiones Voluntarias e Involuntarias:

¿Tiene un testamento? Sí No

¿Alguien más está autorizado (voluntaria o involuntariamente) a tomar decisiones médicas por usted?

- Sí No

Si Sí:

- Conservador
- Directiva Médica Anticipada
- Directiva Psiquiátrica Anticipada
- Poder Notarial
- Representante de Atención Médica
- Tutela de Adulto
- Tutela de Niño
- Otro: _____

Intercambio verbal de Información de Salud Protegida (PHI) confidencial con otros:

El propósito de esta sección es otorgar permiso para que el personal de Charter Oak comparta verbalmente información con las personas involucradas en mi cuidado (o el de mi hijo(a)). Cualquier solicitud para compartir la información por documentos, como toda la información contenida en mi expediente médico (o el de mi hijo(a)), requerirá que complete y firme un formulario de "Autorización para Divulgar Información Médica".

Entiendo que puedo revocar este permiso en cualquier momento. Si quiero revocar este permiso, puedo solicitar completar y firmar un nuevo formulario para restringir las comunicaciones futuras a las personas a continuación.

Charter Oak puede compartir verbalmente información del paciente con respecto a mi tratamiento o atención actual (o el de mi hijo(a)) con las siguientes personas:

Nombre	Relación al paciente	Número de Teléfono

Firma del Paciente (Padre/Tutor Legal)

Fecha

Nombre en letra de molde

Relación con el Paciente

¡Gracias por elegir a Charter Oak Health Center!