



Health Center

Como Centro de Salud Calificado Federalmente, se requiere que Friends of Family Health Center recopile información demográfica con respecto a los pacientes que atendemos. La información que usted proporciona es confidencial. Por favor, deseo no contestar si no desea responder a una pregunta específica. Gracias por elegir a Friends of Family Health Center como su proveedor de atención médica.

ADULTS

Sección 1: Información del Paciente

Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Apellido: _____ Nombre Preferido: _____ Lo mismo que arriba

Número de Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Sexo Legal: Mujer Hombre No binario

Identidad de Género: Mujer Hombre Género Queer Cuestionando No binario

Dos Espíritus Mujer Trans Hombre Trans Deseo no contestar

Sexo asignado al nacer: Mujer Hombre Intersexualidad

Orientación Sexual: Hetero/Heterosexual Asexual Bisexual Gay Lesbiana Pansexual

Queer Deseo no contestar

Domicilio: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____ Condado: _____

Numero de Celular: _____ Número de Teléfono: _____

Numero de Trabajo: _____

Correo Electronico: _____ Deseo no contestar

Estado civil: Soltera/o Casada/o Divorciada/o Separados legalmente Viuda/o

Relación/Pareja N/A

Religión: Sin preferencia religiosa Elijo no revelar Otro: _____

Grupo Étnico : Hispano/Latino No-Latino/Hispano No se Deseo no contestar

Raza: Indio Americano Nativo de Alaska Asiático Negro o Afroamericano Blanco

Hawaiano Otra de las Islas del Pacífico Deseo no contestar

Estado de las personas sin hogar: No estoy sin hogar Refugio/Albergue En la Calle

Estatus De Trabajo: Migrante No Migrante Temporal **Vives en una vivienda pública?** Si No

Estado de vivienda: Estable/permanente Hogar de Grupo Temporal Vehículo Deseo no contestar

Sección 2: Contacto de Emergencia

Relación al Paciente: Hijo(a) Padre Esposo(a) Pareja Abuelo(a) Otro: _____
Nombre: _____ **Lenguaje Preferido:** _____
Domicilio: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____
Celular: _____ **Numero de Trabajo:** _____ **Numero de casa:** _____

Sección 3: Información Adicional del Paciente

Estatus de Empleo: Full Time Part Time Temporal Trabajo por cuenta propia Retirado/Jubilado
 No empleado Estudiante a tiempo completo Estudiante a tiempo parcial Servicio Militar Activo
 Desempleados por discapacidad Deseo no contestar

Empleador: _____ **Ocupación:** _____

Dirección: _____ **Ciudad:** _____

Estado: _____ **Código Postal:** _____ **Numero:** _____

Lenguaje Preferido: Inglés Español Lenguaje de Señas Otro _____

Fluidez en inglés: Excelente Muy bien Bien No tan bien **Necesita intérprete?** Yes No

Estatus de Veterano/Militar : Servicio Activo Servicio inactivo Reservista Veterano(a) Ninguno

Número de Licencia: _____ **Estado de Licencia:** _____ **Fecha Exp:** _____

Necesidades de comunicación: Tiene problemas de visión? Si No Deseo no contestar

Tiene problemas de audición? Si No Deseo no contestar

Tiene alguna discapacidad física? Si No Deseo no contestar

Necesidades de alojamiento: Lentes de contacto Lentes Audífono Ninguno

Estado de discapacidad: Discapacidad visual Discapacidad auditiva Discapacidad del hablar

Discapacidad de Aprendizaje Discapacidad de salud mental Discapacidad motriz Ninguno

Necesidades de accesibilidad: Silla de ruedas Andador Muletas Bastón

Sección 4: Ingreso Familiar

Solicitamos ingresos a todos los pacientes con fines de información gubernamental

Periodo de Ingresos: Semanal Quincenal Mensual Anual Otro: _____

Ingresos antes de impuestos: \$ _____ Cuantos miembros de su familia viven en su hogar: _____

Sección 5: Información del Seguro de Salud

Por favor muestre su tarjeta de seguro al personal de recepción.

Compañía del Seguro Primario: _____ Eres el titular principal? Si No

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

Nombre del titular: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
(Solo si es diferente a la paciente) (Solo si es diferente a la paciente)

Relación con el paciente: _____ SSN del titular de la póliza: _____
(Solo si es diferente a la paciente) (Solo si es diferente a la paciente)

Compañía del Seguro Secundario: _____ Eres el titular principal? Si No

Número de ID del Seguro Primario _____ Grupo #: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
(Solo si es diferente a la paciente) (Solo si es diferente a la paciente)

Relación con el paciente: _____ SSN del titular de la póliza: _____
(Solo si es diferente a la paciente) (Solo si es diferente a la paciente)

Nombre de la persona responsable: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
(Solo si el paciente NO es el suscriptor) SSN (Requerido): _____

Nombre

Firma

Fecha

Office Use Only

- La Habra
- Tustin
- Ontario
- La Puente
- Pico Rivera