



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.

PEDIATRICS

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



Health Center

Sección 2: Información de los Padres

Paciente vive con: Ambos padres Madre Padre Otro : _____

Padre principal: Si No Orden de Custodia: Si No (si contesto SI, por favor proporcione una copia de la orden)

Relación al paciente: Madre Padre Padraastro/Madrastra Guardian Legal Padre o Madre adoptivo

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Domicilio: _____ Igual que el paciente

Teléfono: _____ Numero de Trabajo: _____ Lenguaje Preferido: _____

Padre principal: Si No Orden de Custodia: Si No (si contesto SI, por favor proporcione una copia de la orden)

Relación al paciente: Madre Padre Padraastro/Madrastra Guardian Legal Padre o Madre adoptivo

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Domicilio: _____ Igual que el paciente

Teléfono: _____ Numero de Trabajo: _____ Lenguaje Preferido: _____

Sección 3: Contacto de Emergencia. Que no sean los padres

Relación al paciente: Abuelo(a) Tío (a) Hermano(a) Padrino(a) Otro: _____

Nombre/Apellido: _____ Lenguaje preferido: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Celular: _____ Numero de Trabajo: _____ Numero de Casa: _____

Sección 4: Información Adicional del Paciente

Lenguaje Preferido: Ingles Español Lenguaje de signos Otro _____

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

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



Health Center

Sección 5: 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 suporta bajo su ingreso: _____

Sección 6: Información del Seguro de Salud

Please allow our staff to copy/scan your insurance card.

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