



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, marque No reporte / Se negó a reportar si no desea responder a una pregunta específica. Gracias por elegir a Friends of Family Health Center como su proveedor de atención médica

Sección 1: Información del Paciente:

Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

Nombre Preferido: _____ Lo mismo que arriba

Número de Seguro Social: _____ Número de Licencia: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sexo al Nacer: Masculino Femenino intersexual

Estado civil: Soltera Casada Divorciada Separada Viuda Pareja Domestica Otro _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____ Condado: _____

Número de teléfono: _____ Teléfono de celular: _____ Teléfono del trabajo: _____

Lenguaje Preferido: Inglés Español Lenguaje de Señas Otro _____

Necesidades de Comunicación: ¿Tiene problemas auditivos? SI No

¿Tiene problemas de visión? SI No

Raza: Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático Negro o Afroamericano Hawaiano Otra de las Islas del Pacífico Caucásico o Blanco Más de una Raza No Deseo Contestar

Grupo Étnico: Hispano o Latino No Hispano o Latino No Deseo Contestar

Orientación Sexual: Heterosexual Homosexual /Gay o Lesbiana Bisexual Asexual Pansexual

Algo mas No se No Deseo Contestar

Identidad de Sexo: Masculino Femenino Hombre Transgénero (mujer a hombre) Mujer

Transgénero (hombre a mujer) Transgénero (no binaria) Dos Espíritus Otro _____ No

Deseo Contestar

Sección 2: Ingreso Familiar e Información de Vivienda

Solicitamos ingresos a todos los pacientes con fines de información gubernamental

Período de ingresos: Semanal Quincenal Mensual Bimensual Trimestral Anual Otro _____

Ingreso total de la familia: \$ _____ Número de familiares que viven en su hogar: _____

¿No tiene hogar? No sin hogar Refugio para indigentes Vivienda pasajera Vivienda compartida
 En la calle Otro _____

¿Si es de agricultura, trabaja el año completo?: Migrante Ninguno Temporal

¿Vive usted en vivienda pública? SI No Veterano: Si No Discapacitado: SI No

Sección 3: Información de Seguro de Salud

Por favor muestre su tarjeta de seguro al personal de recepción

Compañía de Seguro Principal: _____ Miembro Principal SI No

Nº de póliza: _____ Nº de grupo: _____

Nombre del Miembro: _____ Fecha de Nacimiento del Miembro: ____/____/____

Relación con el paciente: _____ Nº de Seguro Social del Miembro: _____

Compañía de seguro secundario: _____ Miembro Principal SI No

Nº de póliza: _____ Nº de grupo: _____

Nombre del Miembro: _____ Fecha de Nacimiento del Miembro: ____/____/____

Relación con el paciente: _____ Nº de Seguro Social del Miembro: _____

Nombre de la persona responsable: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

(Solo sí el Miembro es un menor o no es el Principal) Nº de Seguro Social (Requerido): _____

Sección 4: Información de Empleo:

Empleador: _____ Ocupación: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____ Teléfono del trabajo: _____ Situación Laboral: _____

Sección 5: Contacto de Emergencia:

Relación con el paciente: Hijo(a) Padre Esposo(a) Otro: _____

Nombre: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____ Número de teléfono: _____

Teléfono de celular: _____ Teléfono del trabajo: _____

Sección 6: Método preferido de comunicación

¿Método preferido de comunicación? Correo Teléfono Portal del Paciente (Requerido para el Portal del Paciente) Correo Electrónico: _____

¿Le gustaría tener acceso a su información médica en línea a través de nuestro portal de paciente? SI No

¿Cómo se enteró de nuestro centro? Familiares Amigo Comunicación social Volantes Evento Comunitario Otro

Nombre

Firma

Fecha

Office Use Only

- La Habra
- Tustin
- Ontario
- CPSP Clinics