



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