



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, 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: _____

Número de Seguro Social: _____ Número de Licencia: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sexo: Masculino Femenino

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

Domicilio: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____ País: _____

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/No Gay o No Lesbiana Homosexual /Gay o Lesbiana Bisexual

Algo mas No se No Deseo Contestar

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

Transgénero (hombre a mujer) 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

501 S. Idaho St., La Habra, CA 90631

Telephone: (562) 690-0400 Fax: (562) 690-3182