Logo, company name

Description automatically generated **Formulario de Datos Demográficos del Paciente**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Apellido** | **Primer nombre** | | | | **Segundo nombre** | | | | **Nombre usado** | | | | **Sufijo** | |
| **Nombre/Apellido anterior** | | **Sexo legal**  □ Femenino □ Masculino | | | | | | **Fecha de nacimiento:** | | | | | | |
| **Dirección de casa** | | | | | **Ciudad** | | | | | **Estado** | | **Código postal** | | |
| **Dirección postal/alternativa** | | | | | **Ciudad** | | | | | **Estado** | | **Código postal** | | |
| **Teléfono de casa** | **Teléfono móvil** □ Ninguno | | | | | | | | | | **Permite textear**  □ Sí □ No | | | |
| **Teléfono del trabajo** | **Correo electrónico** □ Ninguno | | | | | | | | | | | | | |
| **¿Cuál es su idioma preferido?** □ Inglés □ Espaῆol □ Ruso □ Otro (Especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ Elige no divulgar | | | | | | | | | | | | | | |
| **FARMACIA/LABORATORIO PREFERIDOS** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Mi farmacia preferida es:** | | | | | | | **Número de teléfono:** | | | | | | | |
| **Dirección:** | | | | **Autorización para obtener el historial de medicamentos** (descargado de la base de datos del administrador de beneficios de farmacia)□ Sí □ No | | | | | | | | | | |
| **Mi laboratorio preferido es:** | | | | **Ubicación:** | | | | | | | | | | |
| **¿Cuál es su raza u origen (marque todo lo que corresponda)?**  □ Amerindio/Nativo de Alaska □ Asiático □ Afroamericano □ Nativo de Hawaii  □ Otro isleño del Pacífico □ Caucásico □ Otra raza □ Se niega a responder | | | | | | | | | | | | | |
| **¿Cuál es su origen étnico (seleccione uno)?**  **□** Hispano o latino **□** No hispano ni latino □ Se niega a responder | | | | | | | | | | | | | |
| **¿Cuál es su estado civil?** □ Divorciado □ Casado □ Concubino □ Soltero □ Viudo □ Separado | | | | | | | | | | | | | |
| **¿Cuál es su orientación sexual?**  □ Lesbiana, gay u homosexual □ Heterosexual □ Bisexual □ No lo sé   □ Algo más (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ Elige no revelar | | | | | | | | | | | | | |
| **¿Cuál es su identidad de género?** □ Masculino □ Femenino □ Transgénero Hombre/Mujer-a-Hombre (MAH)  □ Transgénero Mujer/Hombre a Mujer (HAM) □ Género no conforme (no binario) □ Otro (favor de especificar): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ Elige no revelar | | | | | | | | | | | | | |
| **Sexo asignado al nacer:** □ Masculino □ Femenino □ Elige no revelar □ Desconocido | | | | | | | | | | | | | |
| **¿Cuáles son sus pronombres preferidos?** □ Él □ Ella □ Ellos | | | | | | | | | | | | | |
| **¿Es usted un trabajador agrícola?** □ No □ Migratorio □ De temporada | | | | | | | | | | | | | |
| **¿Vive en casas de interés social?** □ Sí □ No | | | | | | **¿Es usted participante de WIC?** □ Sí □ No | | | | | | | |
| **¿Está confinado en casa?** □ Sí □ No | | | **¿Es veterano de guerra?** □ Sí □ No □ Se niega a responder | | | | | | | | | | |
| **¿Quién es su médico habitual?** | | | | | | | | | | | | | |
| **¿Cómo se enteró de nosotros?** □ Doctor □ Anuncios □ Especialista □ Rumores □ Otro paciente □ Hospital □ Aseguradora □ Empleado de CHP □ Otro medio (especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACIÓN SOBRE LA ASEGURANZA**  Por favor, entregue a la recepción su tarjeta de seguro para que podamos tener una copia en el archivo. Complete la información del seguro a continuación para garantizar la precisión de la facturación. Si tiene más de dos seguros, notifique a la recepción. | |
| **Apellido del titular de la póliza primaria Primer nombre Inicial 2o. nombre Sufijo**  **Fecha de Nac.** | |
| **Número de Seguro Social del titular de la póliza primaria Teléfono Correo electrónico**  ( ) | |
| **Dirección postal del titular de la póliza primaria Ciudad Estado Código postal** | |
|  | |
| **Apellido del titular de la póliza secundaria Primer nombre Inicial 2o. nombre Sufijo**  **Fecha de Nac.** | |
| **Número de Seguro Social del titular de la póliza secundaria Teléfono Correo electrónico**  ( ) | |
| **Dirección postal del titular de la póliza secundaria Ciudad Estado Código postal** | |
| |  | | --- | | **Seguro Médico/Dental #1** | | **Seguro Médico/Dental #2** |
| **Nombre del seguro Tipo de plan de seguro**  □ Primario □ Secundario | **Nombre del seguro Tipo de plan de seguro**  □ Primario □ Secundario |
| **Número de identificación de miembro: Número de plan/grupo:** | **Número de identificación de miembro: Número de plan/grupo:** |
| **Fecha de vigencia** | **Fecha de vigencia** |

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN DEL GARANTE**  Complete la información sobre la persona responsable de pagar las facturas no cubiertas por el seguro del paciente. Este puede o no ser el titular del seguro.  **Marque esta casilla si el garante es el paciente y firme a continuación como garante: □** |
| **Apellido del garante Primer nombre Inicial 2o. nombre Sufijo**  **Fecha de Nac.** |
| **Relación del paciente con el garante: □** Hijo(a) **□** Otra (Especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |
| **Número de Seguro Social del garante Teléfono Correo electrónico**  ( ) |
| **Dirección postal del garante Ciudad Estado Código postal** |

**Firma del garante:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **Los Centros de Salud Federalmente Calificados (FQHC, por sus siglas en inglés)** tienen requisitos para recibir subsidios del gobierno; y uno es informar sobre los niveles de ingresos de los pacientes que vemos en CHP. Complete la siguiente información sólo para nuestros reportes respectivos: | |
| **Tamaño de su familia: \_\_\_\_\_** | **Ingreso bruto de la familia** $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**por:** □ Semana □ Quincena □ Mes □ Año |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PARTICIPACIÓN EN MI ATENCIÓN MÉDICA**  Por este medio, solicito que se permita a las siguientes personas participar en mi proceso de decisión de atención médica o de pago. Entiendo que estas personas pueden recibir información de salud o de pago sobre mí si no estoy disponible o no puedo comunicarme. CHP actuará conforme a esta información hasta que yo revoque o modifique esta autorización por escrito, o bien, si no puedo tomar mis propias decisiones de atención médica y se invoque mi Poder de Atención Médica. | | | |
| **Nombre completo** | **Relación/parentesco** | **Teléfono** | **Información que se divulgará:** □ Toda □ Médica  □ Dental □ Cuentas□ Cita programada □  **Otra información: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Nombre completo** | **Relación/parentesco** | **Teléfono** | **Información que se divulgará:** □ Toda □ Médica  □ Dental □ Cuentas□ Cita programada □  **Otra información: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Nombre completo** | **Relación/parentesco** | **Teléfono** | **Información que se divulgará:** □ Toda □ Médica  □ Dental □ Cuentas□ Cita programada □  **Otra información: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

□ **No revelar ninguna información a nadie.**

**Firma del paciente/Representante legal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN DE CONTACTOS**  Por favor, complete la información pertinente que sigue: |
| **Apellido del tutor Primer nombre Inicial 2o. nombre Sufijo Relación/parentesco** |
| **Teléfono principal del tutor Teléfono celular Teléfono del trabajo**  **( ) ( ) ( )** |

|  |
| --- |
| **Apellido del contacto principal de emergencia Primer nombre Relación/parentesco** |
| **Teléfono del contacto principal de emergencia Teléfono celular Teléfono del trabajo**  **( ) ( ) ( )** |

|  |
| --- |
| **Apellido del pariente más cercano Primer nombre Relación/parentesco** |
| **Teléfono del pariente más cercano Teléfono celular Teléfono del trabajo**  **( ) ( ) ( )** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR/DE LA ESCUELA** | | | |
| **Nombre del empleador del paciente** | | **Dirección completa del empleador** | |
| **Teléfono del empleador**  **( )** | **Ocupación del paciente** | | **¿Está cubierto por el seguro de su empleador?**  □ Sí □ No |
| **Nombre completo de la escuela del paciente** | | **Dirección completa de la escuela** | |
| **Teléfono de la escuela**  **( )** | **¿Está cubierto por el seguro de su escuela?** □ Sí □ No | | |

Logo, company name

Description automatically generated

**Preferencias de Comunicación con el Paciente**

Nosotros utilizamos un sistema automatizado de llamadas de recordatorio y mensajería para notificarle sobre sus próximas citas, informarle sobre los resultados de laboratorio u otras pruebas cuando haya sido cargadas a su expediente, información de facturación y otra información que nos gustaría compartir con nuestros pacientes.

Para las próximas citas, nos pondremos en contacto con usted hasta con tres días hábiles de anticipación y se le dará la oportunidad de confirmar o cambiar su cita y registrarse temprano desde su casa para ahorrar tiempo el día de su cita.

¿Le gustaría aprovechar la función de registro automático?      *□**Sí        □  No*

El Portal de CHP es un método seguro para que usted pueda acceder a su información, como resúmenes de visitas, resultados de laboratorio, imágenes u otras pruebas, o poder mandar un mensaje a su proveedor o clínica. Se necesita una dirección de correo electrónico válida para registrarse en el portal, y luego se le solicitara cada vez que acceda al portal.

¿Le gustaría registrarse para el portal de pacientes?   *□**Sí        □**No        □ Ya estoy registrado (a)*

En caso afirmativo, nosotros utilizaremos su correo electrónico en la información demográfica (mire página 1) al menos que usted quiera proveer un correo electrónico diferente aquí: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A nosotros también nos gustaría enviarle otro tipo de información importante, y al responder las siguientes preguntas, usted nos dejara saber sus preferencias para recibir esta información.

***Consentimiento para recibir llamadas telefónicas/mensajes de texto automatizados*** *(como se indica a continuación):    □**Sí     □**No*

**Por favor, marque abajo sus preferencias para recibir información:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tipo de información** | **Correo electrónico\*** | **Teléfono\*** | **Texto\*** |
| Avisos sobre la salud | □ Sí | □ Sí | □ Sí |
| Citas | □ Sí | □ Sí | □ Sí |
| Anuncios | □ Sí | □ Sí | □ Sí |
| Informacion de facturación | □ Sí | □ Sí | □ Sí |
| Otro material de información de CHP | □ Sí | □ Sí | □ Sí |

**Los pacientes que elijan la opción de mensaje de texto citada arriba, recibirán un mensaje de texto inicial que requerirá una respuesta para optar por recibir mensajes de texto en el futuro.**

¿Podemos dejar un mensaje en su correo de voz o contestador automático (ninguna información confidencial será divulgada)?             □ Sí           □ No

¿Hay alguna restricción sobre quién puede reprogramar sus citas?  Si es así, por favor explique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_