

# Formulario de Registro del Paciente



¡Le damos la bienvenida a Share Ourselves!

Nos alegra que nos eligiera para su atención médica. Para registrarse, llene este formulario lo más detalladamente posible. Algunos de estos puntos nos ayudaran a asegurarnos de que estamos satisfaciendo las necesidades de las personas a las que les prestamos servicio. Díganos si tiene alguna pregunta o si necesita ayuda para llenar este formulario.

## Nombre legal

Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

## Nombre preferido

Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Pronombres preferidos:

- Ella/la                                       Ellos/los, Ellas/las                       Éllo/lo  
 Usar solo el nombre preferido       Rechaza contestar                       Otro: \_\_\_\_\_

## Nacimiento

Fecha de nacimiento (MM/DD/AA): \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Número de Seguro social (si lo tiene): \_\_\_\_\_

Número de identificación de contribuyente individual (ITIN, si lo tiene): \_\_\_\_\_

- Sexo asignado al momento del nacimiento:     Mujer     Hombre     Desconocido  
 Intersexual     Elige no decirlo     No se menciona en el certificado de nacimiento

## Dirección

Domicilio: \_\_\_\_\_ Número de unidad/ departamento: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

## Información de contacto

El mejor número de teléfono: \_\_\_\_\_

¿Podemos dejarle mensajes?:  Sí  No

Este número de teléfono es:  Trabajo  Casa  Móvil  Otro \_\_\_\_\_

Otro número de teléfono: \_\_\_\_\_

¿Podemos dejarle mensajes?:  Sí  No

Este número de teléfono es:  Trabajo  Casa  Móvil  Otro \_\_\_\_\_

Idioma preferido:  Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_

¿Necesita ayuda de traducción?  Sí  No

¿De qué manera podemos comunicarnos con usted? Seleccione todas las que apliquen:

Teléfono  Mensaje de texto  Por escrito  Portal del paciente  Correo electrónico

Si elige **correo electrónico** o el **portal del paciente**, escriba su correo electrónico:

\_\_\_\_\_

## Estado civil

Estado civil:  Soltero(a)  Casado(a)  Separado(a)  Divorciado(a)  Viudo(a)  
 Unión libre  En pareja

## Contacto de emergencia

Para los pacientes menores de 18 años, esta información debe ser diferente a la de los padres o tutores legales.

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Este número de teléfono es:  Trabajo  Casa  Móvil  Otro \_\_\_\_\_

## Para los pacientes menores de 18 años: Padres o tutores legales

<input type="checkbox"/> Madre <b>o</b>  <input type="checkbox"/> Tutor Legal 1  _____ Relación	_____ Nombre	_____ Apellido
	_____ Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)	_____ Número do seguro social o Número de identificación de contribuyente individual (ITIN)
Domicilio: _____		Número de unidad/ departamento: _____
Ciudad: _____	Estado: _____	Código postal: _____
_____ ¿Podemos dejarle mensajes?: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Número de teléfono principal		
Este número de teléfono es: <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Otro: _____		
_____ ¿Podemos dejarle mensajes?: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Otro número de teléfono		
Este número de teléfono es: <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Otro: _____		

  

<input type="checkbox"/> Padre <b>o</b>  <input type="checkbox"/> Tutor Legal 2  _____ Relación	_____ Nombre	_____ Apellido
	_____ Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)	_____ Número do seguro social o Número de identificación de contribuyente individual (ITIN)
Domicilio: _____		Número de unidad/ departamento: _____
Ciudad: _____	Estado: _____	Código postal: _____
_____ ¿Podemos dejarle mensajes?: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Número de teléfono principal		
Este número de teléfono es: <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Otro: _____		
_____ ¿Podemos dejarle mensajes?: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Otro número de teléfono		
Este número de teléfono es: <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Otro: _____		

Debido a que Share Ourselves es un Centro de salud federalmente calificado (Federally Qualified Health Center [FQHC]), debemos reunir la siguiente información. Esto nos ayuda a brindar atención médica y descuentos por tarifa variable a los pacientes que cumplan con los requisitos. Mantendremos sus respuestas privadas.

## Información del hogar

¿Cuántas personas viven en su casa? (Inclúyase únicamente a usted y a los miembros de su familia de los que sea financieramente responsable).

\_\_\_\_\_

¿Cuál es el ingreso total combinado de los miembros de familia incluidos en la última pregunta?

\_\_\_\_\_  Mensual  Anual

¿Le gustaría saber si es elegible para nuestro programa de descuento de tarifa variable?

Si  No

## Seguro médico

Háblenos sobre el seguro médico del paciente. Entregue la tarjeta de seguro del paciente al momento de registrarse.

¿El paciente ha solicitado alguna vez algún seguro médico o dental?

Si  No

Si la respuesta es "sí," ¿qué seguro ha solicitado el paciente?

Medi-Cal  MSN  
 Medi-Cal de emergencia  
 Medicare

Otro: \_\_\_\_\_

¿El paciente o el empleador de alguno de los padres ofrece seguro médico o dental?

Si  No

¿Con qué aseguradora cuenta el paciente actualmente?

\_\_\_\_\_ Nombre del plan de salud

\_\_\_\_\_ Identificación de miembro

## Información laboral

Estado laboral:

Tiempo completo

Medio tiempo

Estudiante de tiempo completo

Estudiante de medio tiempo

Desempleado

Retirado

Discapacitado

Menor de 18 años

Empleo: \_\_\_\_\_

¿Alguien en el hogar realiza trabajo agrícola?

Si  No

Si la respuesta es "sí," marque todas las que apliquen:

Trabajador agrícola migrante (se viaja para buscar trabajo agrícola)

Trabajador agrícola de temporada (el empleo principal es trabajo agrícola, pero no se viaja para buscarlo)

¿El paciente es veterano?  Si  No

## Información adicional

### Identidad de género

- Mujer  Hombre  Mujer transgénero (de hombre a mujer)  
 Hombre transgénero (de mujer a hombre)  Elige no decirlo  
 Otro (especificar): \_\_\_\_\_

### Orientación sexual

- Heterosexual  Bisexual  Gay  Lesbiana  Pansexual  
 Elige no decirlo  Otro (especificar): \_\_\_\_\_

### Identidad étnica

- Otro Hispano(a)/Latino(a)/Origen español  Cubano  
 Mexicano(a)/Mejicano(a) Americano(a)/Chicano(a)  
 Hispano(a) múltiple/Latino(a)/Origen español  Desconocido  
 Puertorriqueño(a)  Elige no decirlo  No hispano(a)/No latino(a)

### Raza

- Nativo(a) de Alaska  Indio(a) americano(a)  Indio(a) asiático(a)  
 Negro(a)/afroamericano(a)  Chino(a)  Filipino(a)  Coreano(a)  
 Guameño(a) o Chamorro  Japonés(esa)  Nativo(a) Hawaiano(a)  
 Otro asiático(a)  De otra isla del Pacífico  Samoano(a)  
 Desconocido  Elige no decirlo  Blanco(a)  Vietnamita  
 Otro (especificar): \_\_\_\_\_

### Nivel de educación más alto terminado

- No aplica  No terminó la preparatoria  
 Preparatoria  Algún título universitario o de asociado  
 Licenciatura o superior

### Condiciones de vivienda

- Refugio para personas sin hogar  Calle  Vivienda de transición  
 Vivienda compartida  Vivienda de apoyo permanente  
 No estoy sin hogar/no estoy recibiendo asistencia  Otro

### ¿Cómo se enteró de nosotros? Marque todos los opciones que apliquen

- El seguro lo asignó  Evento o feria comunitaria  Yelp  
 Familiares or amigos  Referencia de paciente de Share Ourselves  
 Centro de recursos familiares HOAG  
 Hospital o consultorio del médico  Empleado de Share Ourselves  
 El Sol Academy/estudiante/familiar  Redes sociales  
 Invitación telefónica automatizada  Me llamaron de Share Ourselves  
 Publicidad  Evento comunitario de Share Ourselves  
 Folleto  Publicidad de Google  211  Sitio web de Share Ourselves  
 Otro (especificar): \_\_\_\_\_