



## Formulario de Información del Paciente

Escriba en letra de Molde (UNA forma por persona)

Fecha: \_\_\_\_\_

### Información del Paciente

Nombre Legal: Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial 2do Nombre. \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ No. Seguro Social: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Sexo:  Masculino  Femenino  Transgénero Masculino/Femenino a Masculino  Transgénero Femenino/Masculino a Femenino  Otro  Negado a Declarar

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C. Postal: \_\_\_\_\_

Correo: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C. Postal: \_\_\_\_\_

Teléfonos: Día: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Cel. (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Tel. del Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### Información del Garante (Persona Responsable por la Cuenta/Servicios)

Mismos datos de arriba

Nombre Legal: Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial 2do Nombre. \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ No. Seguro Social: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C. Postal: \_\_\_\_\_

Correo: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C. Postal: \_\_\_\_\_

Teléfonos: Día: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Cel. (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Tel. del Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### Contacto en Caso de Urgencia (Conyugue, Padre, Tutor u Otro)

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_ Tel: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### Información del Seguro (Favor de proveer copia de la tarjeta de seguro médico al personal de PCHC)

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Nombre del Seguro \_\_\_\_\_

No. Póliza: \_\_\_\_\_ No. de Grupo: \_\_\_\_\_ Nombre del Dueño de la Póliza: \_\_\_\_\_

Fecha de Vigencia: \_\_\_\_\_ Relación del Paciente al dueño de la Póliza:  Mismo  Conyugue  Hijo/a  Otro

No. Seguro Social del dueño de la póliza: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del dueño de la póliza: \_\_\_\_\_

Nombre del Segundo Seguro Médico: \_\_\_\_\_ No. De Identidad: \_\_\_\_\_

Su visita se debe a: ¿Accidente de Auto?  Si  No Se lastimo en el Trabajo?  Si  No

### Información de Ingresos

Número de personas que viven en el hogar: \_\_\_\_\_

Ingresos mensuales estimados del hogar: \$ \_\_\_\_\_ (si no hay ingresos, por favor ingrese "0")

Ver el Reverso

**Información Adicional**

**(Favor de contestar lo siguiente para proveerle mejor servicio)**

Idioma de Preferencia?  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_

Durante los últimos 24 meses, Usted (paciente) o algún miembro de la familia:

¿Ha sido contratado para trabajar: siembras, cosecha, Bodega de empaque, conduciendo camionetas para cualquier Granja, o trabajo con animales como vacas, pollos, etc.?  Si  No

¿Ha vivido lejos de casa para trabajar en la agricultura o trabajo de granja?  Si  No

¿Ha dejado de trabajar por alguna incapacidad o edad (demasiado mayor para trabajar)?  Si  No

¿Actualmente vive con familiares o amigos, en su carro, en un albergue, en un hotel o en la calle y te consideras sin hogar o indigente?  Si  No

Veterano de EE.UU: Usted (el paciente) ha cumplido con algún Servicio Uniformado de Los Estados Unidos EE.UU?

Yes  No

Origen Étnico: Seleccione su origen étnico (paciente).

Hispano/Latino  No-Hispano/No-Latino

Raza: Seleccione el grupo de raza que lo describa (paciente).

Asiático

Nativo de Hawái

Otras Islas Pacificas

Afro-Americano (incluye Negro o Afro- Americano de descendencia Hispana/latina)

Indio Americano / Nativo de Alaska (Incluye a Indios Americanos o Nativos de Alaska de descendencia Hispana/Latina)

Blancos (incluye a Blancos de descendencia latina/hispana)

Estado Civil:

Casada (Matrimonio de Hecho)

Soltera

Viuda

Divorciada

Otra \_\_\_\_\_

Orientación Sexual:

Lesbiana o Gay

Heterosexual (ni lesbiana ni gay)

Bisexual

Algo mas

No sabe

Se Niega a declararse

Yo Certifico que la información rendida es cierta y correcta según mi conocimiento. Yo permito que la Clínica Pueblo Community Health Center y sus representantes se comuniquen si es necesario con cualquier persona o agencia para verificar esta información. Estoy de acuerdo en notificar a la Clínica Pueblo Community Health Center puntualmente sobre algún cambio entre los miembros de mi hogar, domicilio, teléfonos, ingresos, seguro, u otra información esencial. Yo entiendo que debo presentar mi tarjeta al momento de recibir servicio según los reglamentos establecidos por la Clínica Pueblo Community Health Center y el Estado de Colorado. Los Co-pagos/nominas se harán al momento del servicio a menos que sea autorizado de antemano.

Yo entiendo que la Clínica Pueblo Community Health Center puede solicitar información adicional de mi parte en un futuro para inscribirme en programas que me puedan ayudar a cubrir los costos de mi cuidado, recetas y otros servicios mientras este yo con La Clínica Pueblo Community Health Center como paciente.

X \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del Paciente (Si el paciente es mayor de 18 anos de edad), Tutor (si el paciente es menor de 18 años de edad, o TESTIGO (Si el paciente adulto no puede firmar)

Nombre en letra de Molde: \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente:  Mismo  Padre/Tutor  Persona Autorizada  Otro: \_\_\_\_\_

**Como se entero de la Clínica Pueblo Community Health Center?**

Familiar/Amigo

Radio/TV

Redes Sociales

Solamente Entre

Cartelera

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

**Authorized Use Only**

Staff Initials : \_\_\_\_\_ Dept.: \_\_\_\_\_

New patient: Yes  No

FPT

FHT

IZ's

AAA Dental

OB Care Only

Podiatry Only

DDS Only

EIS Only

NFP Only

Nursing Home Only