

Nombre de Paciente:		Apellido	Segundo Nombre
Fecha de Nacimiento:		Número de Seguro Social:	
Dirección de domicilio:		Ciudad	Estado Código Postal
Teléfono de casa:		Numero de celular:	
Correo electrónico:			
Método de contacto preferido: <i>(marque todas las opciones que correspondan)</i> <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Teléfono de casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Ninguno			
Contacto para emergencias:		Relación:	Numero de teléfono:

**Si el paciente es menor de 18 años, agregar información de los padres/tutor**

Nombre 1:	Relación con el paciente	Fecha de nacimiento:	Numero de seguro social:
Dirección <i>si es diferente a la del paciente</i>		Número de teléfono:	
Nombre 1:	Relación con el paciente	Fecha de nacimiento:	Numero de seguro social:
Dirección <i>si es diferente a la del paciente</i>		Número de teléfono:	

**Información Adicional del Paciente**

¿Cuál fue su género al nacer?: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	¿Identidad de género?: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero Femenino a Masculino/hombre transgenero <input type="checkbox"/> Transgénero Masculino a Femenino/mujer transgenero <input type="checkbox"/> Ni exclusivamente masculino ni femenino <input type="checkbox"/> Otro _____	¿Cómo se identifica usted?: <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana o homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Prefiero no responder <input type="checkbox"/> Otro _____
Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Se <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	Raza: <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Africano-Americano <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacifico <input type="checkbox"/> Medio Oriente <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Nativo Indio de estados unidos <input type="checkbox"/> Prefiero no responder <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Compañero/a Domestico/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Viudo/a
<b>Idioma Preferido:</b> <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Lenguaje de señas <input type="checkbox"/> Otro _____		<b>¿Necesita un Intérprete?:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Estado de Veterano:</b> ¿Es usted veterano de las fuerzas armadas de los estados unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<b>Farmacia preferida</b> Pedido por correo Nombre de Farmacia: _____ Dirección: _____ Local Nombre de Farmacia: _____ Dirección: _____		

Nota: Como un Federarle Qualified Health Center, la ley federal requiere que Bluegrass Community Health Center (BCHC) recopile la siguiente información solo con fines estadísticos. Esto se informa anualmente sobre una base total de pacientes. La información individual del paciente NO se informa ni divulga. La recopilación de esta información también ayuda a BCHC a solicitar fondos de asistencia adicionales para apoyar y ampliar los servicios. Gracias por su cooperación.

<b>Información de hogar e ingresos:</b> ¿Cuántas personas viven en su hogar y comparten los ingresos? _____ ¿Cuáles son los ingresos mensuales totales aproximados de las personas incluidas arriba? _____	
<b>Información agrícola</b> En los últimos 2 años (24 meses) ¿los ingresos familiares provinieron de trabajo agrícola de temporada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Cultivo, cosecha o transporte de granos, trabajo con animales de granja) ¿Se mudó/migró para realizar trabajos agrícolas en los últimos 24 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Información de alojamiento</b> ¿El lugar donde vive ahora es una dirección permanente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Vive en una vivienda pública? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Tuvo una dirección permanente durante el último año (12 meses)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Si contestó "no" a cualquier pregunta anterior, responda las siguientes 2 preguntas:</b> ¿Dónde se alojó anoche? <input type="checkbox"/> Con amigos/familia <input type="checkbox"/> Automóvil/calle <input type="checkbox"/> Alojamiento temporal <input type="checkbox"/> Otro _____	

**Información de seguro médico- presente su tarjeta al personal de la oficina**

Tipo de cobertura primaria: <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Seguro Privado <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Ninguno <i>Los ingresos de su hogar y el número de su familia pueden calificarlo a usted y a su familia para el programa de descuento de tarifa variable de BCHC. Si está interesado en aplicar, complete la solicitud de descuento de tarifa variable.</i>
Tipo de cobertura secundaria: <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Seguro Privado <input type="checkbox"/> Otro: _____

**La persona responsable de los cargos si no es el paciente**

Relación al paciente: <input type="checkbox"/> Yo mismo <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Otro: _____			
Nombre:	Fecha de nacimiento:	Número de seguro social:	
Dirección <small><input type="checkbox"/> igual a domicilio</small>	Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono de casa:	Numero de celular:	Teléfono de empleo:	

**Arreglos de salud**

*Si no puede hablar por usted mismo, la declaración de voluntad anticipada es un documento legal muy útil. Le permite informar a sus médicos y trabajadores del cuidado de su salud acerca de los tipos de tratamiento médico que querría en caso de una enfermedad grave o accidente inesperado.*

¿Tiene una declaración de voluntad anticipada?  Sí  No

¿Gustaría información sobre la declaración de voluntad anticipada?  Sí  No

**Certifico que la información sobre esta forma es completa y correcta:**

**Firma de paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

*Si el paciente es menor de 18 años de edad, firma de la parte responsable*

Nota: Como un Federarle Qualified Health Center, la ley federal requiere que Bluegrass Community Health Center (BCHC) recopile la siguiente información solo con fines estadísticos. Esto se informa anualmente sobre una base total de pacientes. La información individual del paciente NO se informa ni divulga. La recopilación de esta información también ayuda a BCHC a solicitar fondos de asistencia adicionales para apoyar y ampliar los servicios. Gracias por su cooperación.