

Información del Paciente (Patient Demographics)

Nombre Completo _____
 [Nombre legal como aparece en su identificación]

Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____
 Mes Día Año

Número de Seguro Social o Tax ID : _____ - _____ - _____

Dirección: _____ _____ _____	Dirección Postal: (si es diferente a la dirección física) _____ _____ _____
Telefono Celular:	Otro Telefono:
Correo Electrónico:	

Genero	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/>
Raza	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Negro o Afro Americano	<input type="checkbox"/> Otro:
Grupo Étnico	<input type="checkbox"/> No Hispano / Latino	<input type="checkbox"/> Hispano / Latino	<input type="checkbox"/> Otro:
Idioma de Preferencia	<input type="checkbox"/> Ingles	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Otro:
Día de Clínica de Preferencia	<input type="checkbox"/> Lunes en la mañana 9am-12pm	<input type="checkbox"/> Martes en la mañana 9am-12pm	<input type="checkbox"/> Jueves por la tarde 5pm-8pm

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Otro:

¿Tiene seguro Medico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Su empleador (o el empleador de su cónyuge) ofrece seguro medico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Ha solicitado beneficios por discapacidad o SSI? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Es veterano(a) militar? ¿Es elegible para recibir atención médica en el Hospital de Veteranos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	País de Nacimiento	País de Ciudadanía

Información del Hogar – Incluya todas las personas que viven con usted		
Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación con el Paciente

Empleo del Paciente:	<input type="checkbox"/> Trabajo por mi propia cuenta <input type="checkbox"/> Trabajo para alguien <input type="checkbox"/> No tengo empleo
Nombre de su Empleador:	
Telefono de su Empleador:	
Posición o Tipo de trabajo:	
Ingresos del Paciente:	<input type="checkbox"/> Semanal: \$ _____ <input type="checkbox"/> Mensual: \$ _____ <input type="checkbox"/> Anual: \$ _____
Otra Fuente de Ingresos:	
¿Si no está trabajando quien le da apoyo financiero? Indique el Nombre y Apellido de la persona, el número de teléfono de la persona, y cuál es la relación o parentesco con esta persona.	

Nombre del Cónyuge del Paciente:	<input type="checkbox"/> Ninguno
Telefono del Cónyuge:	
Empleo del Cónyuge:	<input type="checkbox"/> Trabajo por mi propia cuenta <input type="checkbox"/> Trabajo para alguien <input type="checkbox"/> No tengo empleo
Nombre del Empleador del Cónyuge:	
Telefono del Empleador del Cónyuge:	
Posición o Tipo de trabajo:	
Ingresos del Cónyuge:	<input type="checkbox"/> Semanal: \$ _____ <input type="checkbox"/> Mensual: \$ _____ <input type="checkbox"/> Anual: \$ _____

Nombre del Contacto de Emergencia:	
Telefono del Contacto de Emergencia:	
Parentesco del Contacto de Emergencia con el Paciente:	

Farmacia de Preferencia (Nombre y Teléfono)	
---	--

Certifico que toda la información proporcionada en este formulario es correcta. Si soy aprobado y admitido a la Clínica Comunidad de La Esperanza para recibir servicios médicos, acepto cumplir con las políticas y procedimientos establecidos por la clínica. Cualquier información falsa o fraudulenta presentada podrá resultar en la suspensión permanente de la clínica.

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____

CHHC Office Use Only – Solo para el uso de empleados de la clínica		
Date of Approval:	Re-Certification Due Date:	Staff Name & Initials: