

## 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 :** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

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

<b>Genero</b>	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/>
<b>Raza</b>	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Negro o Afro Americano	<input type="checkbox"/> Otro:
<b>Grupo Étnico</b>	<input type="checkbox"/> No Hispano / Latino	<input type="checkbox"/> Hispano / Latino	<input type="checkbox"/> Otro:
<b>Idioma de Preferencia</b>	<input type="checkbox"/> Ingles	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Otro:
<b>Día de Clínica de Preferencia</b>	<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

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

<b>Empleo del Paciente:</b>	<input type="checkbox"/> Trabajo por mi propia cuenta <input type="checkbox"/> Trabajo para alguien <input type="checkbox"/> No tengo empleo
<b>Nombre de su Empleador:</b>	
<b>Telefono de su Empleador:</b>	
<b>Posición o Tipo de trabajo:</b>	
<b>Ingresos del Paciente:</b>	<input type="checkbox"/> Semanal: \$ _____ <input type="checkbox"/> Mensual: \$ _____ <input type="checkbox"/> Anual: \$ _____
<b>Otra Fuente de Ingresos:</b>	
<b>¿Si no está trabajando quien le da apoyo financiero?</b> 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.	

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

<b>Nombre del Contacto de Emergencia:</b>	
<b>Telefono del Contacto de Emergencia:</b>	
<b>Parentesco del Contacto de Emergencia con el Paciente:</b>	

<b>Farmacia de Preferencia</b> (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: