



Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo

Información del Paciente

Número de Seguro Social: _____ Prefijo Señorita Sr. Sra. Srita.

Nombre del Paciente:

(Primer Nombre) (Segundo Nombre) (Apellido)

Email: _____

ID de Medicaid: _____ ID de Beneficiario de Medicare: _____

Teléfono n.º 1: _____ Tipo: Casa Celular Empresa Otro
 No llame No deje mensajes

Teléfono n.º 2: _____ Tipo: Casa Celular Empresa Otro
 No llame No deje mensajes

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____

¿Esta es Dirección de Envío?: Sí No Si la respuesta es No, cuál es su Dirección de Envío:

Dirección de Envío: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Alias del Paciente

Nombre del Paciente: _____

(Primer Nombre) (Segundo Nombre) (Apellido)

Tipo: Sobrenombre Nombre Preferido Nombre Anterior Alias

Nombre del Paciente: _____

(Primer Nombre) (Segundo Nombre) (Apellido)

Tipo: Sobrenombre Nombre preferido Nombre anterior Alias

Datos Demográficos

Fecha de Nacimiento: _____

Sexo Asignado al Nacer: Masculino Femenino No se menciona

Estado civil:

Divorciado Pareja Doméstica Casado Separado Viudo

Nunca Casado No se sabe



Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo

Información del Paciente

Identidad de género:

- Masculino Femenino No binario No está seguro/Se cuestiona Otro
- Transgénero Femenino a Masculino (FTM)/Transgénero Masculino/Hombre Trans
- Prefiere no responder Masculino a Femenino (MTF)/Transgénero Femenino/Mujer Trans
- No se sabe/No se preguntó Genderqueer, Ni Exclusivamente Masculino Ni Femenino

Orientación Sexual:

- Heterosexual/Hetero Lesbiana (Femenino) Gay (Masculino) Bisexual
- Transgénero Prefiere no responder No está seguro/Se cuestiona
- Se niega a responder No se sabe/No se preguntó

Pronombre: Él Ella Ellos Ze

Origen étnico:

- Amerasiático Nativo Americano Asiático Indio Negro Camboyano
- Chino Dominicano Filipino Guameño Nativo Hawaiano Hispano/Latino
- Japonés Coreano Laosiano Mexicano/Mexicano Americano Múltiple
- Ni Hispano Ni Latino Otro Asiático o Isleño del Pacífico Samoano Vietnamita
- Blanco Desconocido

Raza:

- Nativo de Alaska Indio Americano Indio Asiático Negro/Afroamericano
- Camboyano Chino Filipino Guameño Hmong Japonés Coreano
- Laosiano Mien Multirracial Nativo Hawaiano Otro Asiático Otro Isleño del Pacífico Samoano Vietnamita Blanco/Caucásico Desconocido Prefiere no responder

Idioma:

Idioma principal/preferido: _____

- El paciente no habla inglés Necesita servicios de un intérprete

Origen Hispano:

- Puertorriqueño Mexicano Cubano Otro Hispano No es de origen Hispano
- Prefiere no responder No se sabe

Médico:

Médico de Atención Primaria (PCP): _____

- El paciente no tiene PCP

Nombre del Paciente: _____ N.º de MR del Paciente _____



Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo

Información del Paciente

Información Económica

Responsable Económicamente: Sí No

Ingresos anuales del grupo familiar: \$ _____ # de dependientes: _____

en el grupo familiar: _____

Fuente de Ingresos:

- Salario/Sueldo Asistencia pública Jubilación/Pensión Discapacidad
 Otro Ninguno No se sabe No recibe

Arreglos de Vivienda:

- Sin hogar En las calles o en un refugio para personas sin hogar Vivienda colectiva
 Cárcel o centro correccional Casa de familia de crianza temporal
 Casa o apartamento (incluye casas rodantes, hoteles, dormitorios, cuarteles, etc.)
 Centro de tratamiento residencial) No se sabe/No se reporta
 Casa o apartamento, que necesita apoyo y supervisión diarios (solo adultos)
 Otro: _____

Educación/Empleo:

Estado educativo:

Actualmente inscrito: Sí No Nivel de grado en el que está inscrito: _____

Grado más alto completado: _____

Si está inscrito en la escuela, Nombre de escuela: _____

(Staff Only: School Name is added in Custom Fields)

Estado militar: Sí No Estado de veterano: Sí No

Estado de empleo:

- Empleado a tiempo completo Empleado a tiempo parcial
 Desempleado, buscando trabajo Desempleado que no busca trabajo
 Estudiante Jubilado Discapacitado No es parte de la fuerza laboral
 Edades 0-5 Otro: _____

Participación en la justicia penal:

- Probación Departamento Correccional Cárcel Probación No participa
 Compromiso con el Depto. de Servicios Juveniles

Nombre del Paciente: _____ N.º de MR del Paciente _____

Página 3 de 5



Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo

Información del Paciente

Información de Transporte

Necesita servicios de transporte

Indique cualquier necesidad o adaptación especial (por ejemplo, silla de ruedas, animal de servicio)

Preferencias

Preferencia de comunicación: Mensaje de texto Correo electrónico Mensajes de voz

No enviar avisos

Teléfono de comunicación: _____

Contactos

Información del Contacto n.º 1:

Relación: _____

Nombre _____
Primer Nombre Apellido

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Organización: _____

Responsable económicamente Contacto de emergencia Tutor Miembro del grupo familiar

Miembro del equipo de atención Persona que toma las decisiones de atención médica

Teléfono n.º 1: _____

Teléfono n.º 2: _____

Dirección: La misma del paciente

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código postal: _____

Idioma Preferido: _____ Idioma Principal: _____



Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo

Información del Paciente

Información del Contacto n.º 2:

Relación: _____

Nombre _____ Fecha de Nacimiento: _____
Primer Nombre Apellido

Dirección de correo electrónico: _____ Organización: _____

- Responsable económicamente Contacto de emergencia Tutor
 Miembro del grupo familiar

Miembro del equipo de atención Persona que toma las decisiones de atención médica

Teléfono n.º 1: _____ Teléfono n.º 2: _____

Dirección: La misma del paciente

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Idioma Preferido: _____ Idioma Principal: _____