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

Identidad de género:

☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No binario ☐ No está seguro/Se cuestiona ☐ Otro
☐ 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 ☐ Lesbiana ☐ Gay ☐ Bisexual ☐ Asexual
☐ Pansexual ☐ Queer ☐ No está seguro/Se cuestiona ☐ Prefiere no responder
☐ No se sabe/No se preguntó

Pronombre: ☐ Él ☐ Ella ☐ Ellos ☐ Ze

Origen étnico:

☐ Hispano o Latino ☐ Hispano o Latino-Dominicano ☐ Hispano o Latino-Mexicano
☐ Hispano o Latino-Otro ☐ No Hispano o Latino ☐ Prefiere no responder
☐ Desconocido/No reportado

Raza:

☐ Nativo de Alaska/Indio Americano ☐ NA/IA- Nativo de Alaska ☐ NA/IA-Indio Americano
☐ NA/IA-Otro ☐ Asiático/Indio ☐ Asiático/Camboyano ☐ Asiático -Chino
☐ Asiático -Filipino ☐ Asiático-Hmong ☐ Asiático-Japonés ☐ Asiático-Coreano
☐ Asiático-Laosiano ☐ Asiático-Mien ☐ Asiático-Vietnamita ☐ Asiático-Otro
☐ Negro/Afroamericano ☐ Negro/AA-Afroamericano ☐ Negro/AA-Negro ☐ Negro-AA-Otro
☐ Oriente Medio/Norte de África ☐ Oriente Medio/Norte de África-Oriente Medio
☐ Oriente Medio/Norte de África ☐ Oriente Medio/Norte de África - Otros
☐ Hawaiano Nativo/Otro isleño del Pacífico ☐ NH/Otro IP-Nativo Hawaiano
☐ NH/Otro IP-Carolino ☐ NH/Otro IP-Samoano ☐ NH/Otro IP-Otro
☐ Blanco ☐ Multirracial ☐ Otro ☐ Prefiere no responder ☐ Desconocido

Idioma:

Idioma principal/preferido: _____

☐ El paciente no habla inglés ☐ Necesita servicios de un intérprete

Médico:

Médico de Atención Primaria (PCP): _____

☐ El paciente no tiene PCP

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

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 _____ 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:_____

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:_____