



**FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTE/CLIENTE**

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

<b>Apellido</b>		<b>Nombre</b>		<b>Segundo nombre</b>	
<b>Nombres preferidos utilizados</b>		<b>Fecha de nacimiento</b>			
<b>Número de seguro social</b>					
<b>Género actual</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Rechaza especificar		<b>Identidad de género</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Rechaza especificar			
<b>Orientación sexual</b> <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana, gay u homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Algo diferente <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Rechaza especificar		<b>Pronombre preferido</b> <input type="checkbox"/> Él <input type="checkbox"/> Ella <input type="checkbox"/> Ellos <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Rechaza especificar			
<b>Dirección física</b>					
Calle _____					
Ciudad _____		Estado _____		Código Postal _____	
<b>Dirección postal</b> (marcar aquí si es igual a la de arriba) <input type="checkbox"/>					
Calle o Casilla postal _____					
Ciudad _____		Estado _____		Código Postal _____	
<b>Información de contacto</b>					
Teléfono del hogar _____		<input type="checkbox"/> Puede dejar mensaje		<input type="checkbox"/> No dejar mensaje	
Teléfono celular _____		<input type="checkbox"/> Puede dejar mensaje		<input type="checkbox"/> No dejar mensaje	
Correo electrónico: (marcar aquí si está bien usar este correo electrónico para la inscripción en el Portal del Paciente) <input type="checkbox"/>					
<b>Idioma</b>					
<input type="checkbox"/> Señas americano		<input type="checkbox"/> Chino		<input type="checkbox"/> Inglés	
<input type="checkbox"/> Ruso		<input type="checkbox"/> Tagalo		<input type="checkbox"/> Vietnamita	
<input type="checkbox"/> Hmong		<input type="checkbox"/> Japonés		<input type="checkbox"/> Punjabi	
<input type="checkbox"/> Español		<input type="checkbox"/> Otro _____			
<b>Religión</b>					
<input type="checkbox"/> Budista		<input type="checkbox"/> Católico		<input type="checkbox"/> Cristiano	
<input type="checkbox"/> Mormón		<input type="checkbox"/> Unitario		<input type="checkbox"/> Ninguna	
<input type="checkbox"/> Ortodoxo oriental		<input type="checkbox"/> Hindú Islámico		<input type="checkbox"/> Testigo de Jehová	
<input type="checkbox"/> Otra					

**Tipo de seguro**  Medicare  Medi-Cal  IEHP  Privado  Sin seguro

<b>Estado Civil</b>	
<input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Pareja de hecho <input type="checkbox"/> Legalmente separado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo Otro _____	
<b>¿Es estudiante?</b>	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
<b>¿Es un veterano?</b>	<b>¿Es un trabajador migrante?</b>
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No soy un trabajador agrícola <input type="checkbox"/> Sí, migrante <input type="checkbox"/> Sí, trabajador de temporada
<b>¿Ha estado sin hogar en algún momento desde enero de este año?</b>	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, en casa de otros/en el sofá <input type="checkbox"/> Sí, refugio <input type="checkbox"/> Sí, en la calle <input type="checkbox"/> Sí, en hogar transicional <input type="checkbox"/> Sí, otro: _____	
<b>Antecedentes raciales (marcar todos los que corresponda)</b>	
<input type="checkbox"/> Indígena americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano <input type="checkbox"/> Otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Rechazo especificar <input type="checkbox"/> Más de una raza _____	
<b>¿Es hispano o latino?</b>	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
<b>¿Está experimentando inseguridad alimentaria?</b>	<b>En caso afirmativo, ¿necesita comida hoy?</b>
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
<b>¿Es usted el jefe del hogar?</b>	
<input type="checkbox"/> Sí, soy <input type="checkbox"/> No, otra persona _____	
N.º de personas en su familia _____ (incluya a sí mismo, cónyuge/pareja, hijo dependiente menor de 18 años)	
Ingreso familiar \$ _____ <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual	
<b>Contacto de emergencia</b>	
Nombre _____	
Teléfono _____	Relación _____
<b>¿Desea ayuda durante su cita?</b>	
<input type="checkbox"/> No, gracias <input type="checkbox"/> Sí, intérprete de idiomas <input type="checkbox"/> Sí, baja visión/ceguera <input type="checkbox"/> Sí, asistencia de movilidad <input type="checkbox"/> Sí, otro _____	
<b>Acuerdo paciente/cliente</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La información que he dado es correcta a mi leal saber y entender.</li> <li>• Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para recibir servicios médicos, dentales y/o de salud conductual del Centro de Salud Comunitario de Morongo Basin, ya sea en persona o a través de telesalud, incluidas vacunas (o doy mi consentimiento para el menor bajo mi cuidado).</li> <li>• Reconozco que el Centro de Salud Comunitario de Morongo Basin brinda oportunidades de capacitación clínica a estudiantes que pueden estar presentes durante mi visita.</li> <li>• Reconozco mi responsabilidad de pagar por los servicios de acuerdo con las políticas establecidas por el Centro de Salud Comunitario de Morongo Basin.</li> <li>• Autorizo que los beneficios por los servicios se paguen al Centro de Salud Comunitario de Morongo Basin.</li> </ul>	
<b>Firma del paciente/cliente (o firma del padre/madre/tutor del paciente)</b>	<b>Fecha</b>