

## Formulario de Información del Paciente

En Valley-Wide, queremos asegurarnos de que estamos sirviendo a nuestra población diversa con eficacia y que estamos proporcionando el mejor tratamiento para todos. Para ayudarnos a asegurar que esto siga siendo un enfoque para nosotros, nuestro estatus de Centro de Salud Federalmente Calificado (FQHC) nos obliga a preguntar y reportar todos los datos demográficos, incluyendo idioma principal, necesidades de vivienda, experiencias agrícolas, Orientación Sexual e Identidad de Género de nuestros pacientes. Compartimos información sobre nuestro centro de salud en su conjunto, pero no compartimos información sobre pacientes individuales. Hacemos estas preguntas a todos nuestros pacientes para asegurarnos de que su atención es holística y adecuada para usted. Si tiene alguna pregunta al respecto, pida hablar con el Encargado de la Clínica.

**Fecha de Hoy** \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente		Apellido del Paciente		Inicial del Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento	Número de Teléfono
Nombre del Padre o Tutor (si es aplicable)		Dirección de Envío de la Factura		Ciudad	Estado	Código Postal
Dirección de Correo Electrónico		Dirección Postal (si es diferente)		Ciudad	Estado	Código Postal
Nombre del Garante (Responsable del pago)		Dirección del Garante:		Ciudad	Estado	Código Postal Fecha de Nacimiento
Contacto en caso de Emergencia y Relación				Teléfono de Contacto en caso de Emergencia		
Proveedor de Atención Médica			Proveedor de Atención Dental			
Seguro Médico Principal	Número de la Póliza	Número del Grupo	Médico Secundario	Número de la Póliza	Número del Grupo	
Seguro Dental Principal	Número de la Póliza	Número del Grupo	Dental Secundaria	Número de la Póliza	Número del Grupo	
¿Cuál es el idioma que habla en casa?		¿Necesita asistencia de interpretación? Sí No		¿Está usted experimentando la falta de vivienda? Sí No		
¿Reside usted en una vivienda pública? Sí No ¿Ha sido dado de baja de las Fuerzas Armadas o Militares de los Estados Unidos? Sí No						
<b>Origen Racial - por favor, circule todo lo que corresponda</b>				<b>Origen Étnico - por favor circule todo lo que corresponda</b>		
Blanco	Indio Americano	Islaño del Pacífico	Hispano o Latino	Otro		
Negro/Afro Americano	Otro	Hawaiano Nativo	No Hispano o Latino	Se Desconoce		
Asiático	Decido no compartir esta información		Decido no compartir esta información			
¿Es usted o un miembro de su familia trabajador agrícola? Sí No		En los últimos 24 meses, ¿usted o algún miembro de su familia:	¿Se ha trasladado temporalmente para hacer trabajos agrícolas? Sí No		¿Dejó de trabajar en la agricultura por edad o discapacidad? Sí No	
Número de Miembros de su Familia			Ingreso Mensual:			
¿Cuál fue su sexo asignado al nacer? Por favor, circule uno. Masculino Femenino Indiferenciado						
¿Cuál de las siguientes opciones representa mejor su identidad de género actual? (¿Con qué género se identifica más actualmente?) Por favor, circule uno.						
Masculino	Femenino	Género Queer	No Binario	Decido no compartir esta información		
Transgénero Masculino/ Hombre Transgénero/Transmasculino			Transgénero Femenino/Mujer Transgénero/Transfemenino			
¿Cuál de las siguientes opciones representa mejor su orientación sexual? Por favor, circule uno.						
Heterosexual (o Hetero)	Lesbiana	Gay	Bisexual	Queer	Asexual	
Pansexual	Cuestionando	No lo sé	Decido no compartir esta información			
¿Cuál es su pronombre preferido? Por favor, circule uno.						
Él, a Él, Su	Ella, a Ella, Su	Ellos, a Ellos, Suyos	Ze, Hir	Otro	Decido no compartir esta información	

Firma \_\_\_\_\_ Imprima su Nombre \_\_\_\_\_