

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							
Origen Racial - por favor, circule todo lo que corresponda				Origen Étnico - por favor circule todo lo que corresponda			
Blanco		Indio Americano		Islaño del Pacífico		Hispano o Latino	
Negro/Afro Americano		Decido no compartir esta información		Hawaiano Nativo		No Hispano o Latino	
Asiático		Decido no compartir esta información		Decido no compartir esta información		Otro Se Desconoce	
¿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	
Transgénero Masculino/ Hombre Transgénero/Transmasculino		Decido no compartir esta información		Transgénero Femenino/Mujer Transgénero/Transfemenino		Decido no compartir esta información	
¿Cuál de las siguientes opciones representa mejor su orientación sexual? Por favor, circule uno.							
Heterosexual (o Hetero)		Lesbiana		Gay		Bisexual	
Pansexual		Cuestionando		No lo sé		Queer	
Decido no compartir esta información		Decido no compartir esta información		Decido no compartir esta información		Asexual	
¿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		Decido no compartir esta información		Decido no compartir esta información	

Firma _____

Imprima su Nombre _____