

Fecha de Hoy _____



Formulario de Información del Paciente

En Valley-Wide, queremos asegurarnos de que estamos sirviendo a nuestra diversa población de manera eficaz y que proporcionamos 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, por sus siglas en inglés) nos obliga a preguntar y reportar datos demográficos. Compartimos información sobre nuestro centro de salud en general, pero no compartimos información sobre pacientes individuales. Si tiene preguntas al respecto, por favor pida hablar con el Encargado de la Clínica.

Nombre del Paciente		Apellido del Paciente		Inicial del Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento	Sexo Asignado al Nacer Masculino Femenino
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		Número de Teléfono
Nombre del Garante (Responsable del pago)		Dirección del Garante:		Ciudad, Estado, Código Postal del Garante		Fecha de Nacimiento del Tutor
Contacto en caso de Emergencia y Relación				Teléfono de Contacto en caso de Emergencia		
Proveedor de Atención Médica Primaria				Proveedor de Atención Dental Primaria		
Seguro Médico Principal	Número de Póliza	Número del Grupo	Seguro Dental Principal	Número de Póliza	Número del Grupo	
Seguro Médico Secundario	Número de Póliza	Número del Grupo	Seguro Dental Secundario	Número de 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 usted 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 Isleño del Pacífico Negro/Afro Americano Nativo de Hawaiano Asiático Decido no compartir esta información				Hispano o Latino Otro No Hispano o Latino Se Desconoce Decido no compartir esta información		
¿Es usted o algún 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
¿Cuántos Miembros tiene su Familia/Hogar? _____		\$ _____ ¿Cuál es su Ingreso Familiar Anual? Por favor, indique el monto arriba o circule la opción de abajo Elijo no compartir esta información				

Firma del Paciente/Tutor _____