

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE:		FECHA:
SI ES NIÑO/A NOMBRE DE LOS PADRES:	SI ES NIÑO/A NOMBRE DE LOS PADRES:	
FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE (Mes/Día/Año):	ESTATUS CIVIL DEL PACIENTE: <input type="checkbox"/> SOLTERO/A <input type="checkbox"/> CASADO/A <input type="checkbox"/> COMPAÑERO/A DOMESTICO/A	
DIRECCIÓN DE DOMICILIO:		
CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL:	NÚMERO DE TELÉFONO DE PREFERENCIA: (    )	
CORREO ELECTRÓNICO:		
NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR:		
NÚMERO DE TELÉFONO DE TRABAJO: (    )	<input type="checkbox"/> MARQUE AQUÍ SI EL PACIENTE NO TIENE SEGURO MEDICO	

## INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA EMERGENCIAS

NOMBRE:	NÚMERO DE TELÉFONO DE PREFERENCIA:
RELACION:	NÚMERO DE TELÉFONO DE TRABAJO:

## INFORMACIÓN ADICIONAL

IDIOMA PRIMARIO:  RAZA: SELECCIONÉ LOS QUE APLIQUEN <input type="checkbox"/> ASIÁTICO <input type="checkbox"/> HAWAIIANO/A NATIVO <input type="checkbox"/> OTRAS ISLAS DEL PACIFICO <input type="checkbox"/> NEGRO/ AFRICANO AMERICANO <input type="checkbox"/> INDIO AMERICANO/ NATIVO DE ALASKA <input type="checkbox"/> BLANCO <input type="checkbox"/> PREFIERO NO RESPONDER	ETNICIDAD:  <input type="checkbox"/> HISPANO/LATINO <input type="checkbox"/> PREFIERO NO RESPONDER <input type="checkbox"/> NO HISPANO/LATINO  <hr/> ¿CUÁL FUE SU GÉNERO AL NACER?:  <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/> PREFIERO NO RESPONDER
COMO SE IDENTIFICA USTED:  <input type="checkbox"/> BISEXUAL <input type="checkbox"/> PREFIERO NO RESPONDER <input type="checkbox"/> NO SÉ <input type="checkbox"/> LESBIANA/GAY <input type="checkbox"/> ALGO MÁS <input type="checkbox"/> HETEROSEXUAL NO SOY LESBIANA/GAY	¿HOY EN DIA CUÁL ES SU IDENTIDAD DE GÉNERO?: <input type="checkbox"/> PREFIERO NO RESPONDER <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> TRANSGÉNERO MUJER - HaM <input type="checkbox"/> TRANSGÉNERO HOMBRE - MaH
PRONOMBRE PREFERIDO: <input type="checkbox"/> PREGUNTADO PERO DESCONOCIDO <input type="checkbox"/> ELLOS O LOS SUYOS <input type="checkbox"/> NEGARSE A RESPONDER <input type="checkbox"/> OTRO: _____ <input type="checkbox"/> EL O SU <input type="checkbox"/> ZE, HIR <input type="checkbox"/> ELLA O SU	

<p>¿SE CONSIDERA USTED UNA PERSONA SIN HOGAR?  <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>SI RESPONDIÓ SI: DONDE SE HOSPEDA:  <input type="checkbox"/> REFUGIO  <input type="checkbox"/> HOGAR DE TRANSICIÓN  <input type="checkbox"/> CON OTROS  <input type="checkbox"/> CALLE  <input type="checkbox"/> OTRO</p>	<p>¿HA SIDO EL TRABAJO AGRÍCOLA SU PRINCIPAL FUENTE DE TRABAJO EN ALGUNA OPORTUNIDAD (POR ESTACIONAL/MIGRANTE)?  <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (SI ES NO – YA TERMINO CON ESTA SECCIÓN)</p> <p>¿ALGUNA VEZ USTED O ALGÚN MIEMBRO DE SU FAMILIA SE HA MUDADO SIGUIENDO UN TRABAJO AGRÍCOLA?  <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>¿PARA CUALQUIER MIEMBRO FAMILIAR QUE YA NO TRABAJA EN LA AGRICULTURA, ES DEBIDO A UNA INCAPACIDAD O POR SER DE EDAD MAYOR?  <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>¿ES USTED VETERANO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	
<b>LA PERSONA RESPONSABLE POR LOS CARGOS SI NO ES EL PACIENTE</b>	
<p>NOMBRE:</p>	<p>EMPLEADOR:</p>
<p>DIRECCIÓN:</p>	<p>NÚMERO DE TELÉFONO DE CASA:</p>
<p>CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL:</p>	<p>NÚMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJO:</p>
<p>FECHA DE NACIMIENTO:</p>	<p>NÚMERO DE TELEFONO MÓVIL:</p>
<p>¿A QUIEN PODEMOS AGRADECER POR SER REFERIDO/A A NUESTRA PRACTICA?</p>	

Por la presente doy mi consentimiento para autorizar todos los exámenes, incluidos los exámenes físicos, radiografías y procedimientos de laboratorio, que pueden ser necesarios a juicio del proveedor para fines de diagnóstico. Como institución de enseñanza puede haber aprendices involucrados en mi cuidado, entiendo que tengo el derecho de rechazar sus servicios en cualquier momento.

Yo autorizo al personal de Adelante Healthcare para tomar fotografías, entiendo que estas fotografías se utilizarán como un registro de mi cuidado y para propósito de identificación. Si se usan, cualquier información de identificación se mantendrá confidencial. Entiendo que no recibiré ninguna forma de compensación por estas fotografías.

Certifico que la información proporcionada es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los servicios de salud que provee Adelante Healthcare aun si tengo seguro o no. Entiendo que, aunque Adelante Healthcare contrata con varias compañías de seguro, es mi responsabilidad de verificar con mi plan si Adelante Healthcare es un proveedor participante.

Es muy importante mantener todas sus citas programadas. Si usted no puede mantener su cita, usted debe notificarnos lo más pronto posible - le pedimos avisarnos por lo menos 24 horas antes, así podamos usar esas horas de citas para otros pacientes. Tres citas perdidas en un período de 12 meses darán lugar a un estado de espera de la cita y pueden llevar a un despido de la práctica.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE/PADRE O TUTOR LEGAL

\_\_\_\_\_  
FECHA