

PLACE LABEL HERE



**FAMILY HEALTH CENTERS
OF SAN DIEGO**

YES
NO
N/A

FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE (LETRA DE MOLDE)

Nombre del paciente: _____		Apellido: _____		Segundo nombre: _____		Sexo asignado al nacer: <input type="checkbox"/> HOMBRE (M) <input type="checkbox"/> MUJER (F) Identidad de género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Género queer/no-binario	
Para pacientes menores: Nombre del padre/guardián legal _____						Género legal: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X Orientación sexual: <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana <input type="checkbox"/> Gay o Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Asexual <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Algo más	
Domicilio de casa: _____		Ciudad: _____		Estado: _____		Código postal: _____	
Domicilio para correspondencia: <input type="checkbox"/> <i>El mismo de casa</i>						Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____	
Teléfono de casa: _____			Celular: _____			Número de identificación: _____	
Comunicarse por: (Seleccione una opción) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celuar <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Ninguno			Correo electrónico: _____			Número de seguro social: _____	
Contacto de emergencia: <input type="checkbox"/> <i>Rechaza</i>			Parentesco: _____			Número de emergencia: _____	
ORIGEN ÉTNICO:		RAZA:				IDIOMA PRINCIPAL:	
<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/> Desconocido		<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> De Medio Oriente <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Declinado <input type="checkbox"/> Desconocido				<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Lenguaje de señas <input type="checkbox"/> Otro _____	
EDUCACIÓN: (máximo nivel)			ESTADO CIVIL: (para pacientes mayores de 16 años)				
<input type="checkbox"/> Nivel _____ <input type="checkbox"/> Nivel 12 <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Algo de colegio/universidad <input type="checkbox"/> Posgraduado			<input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Pareja doméstica <input type="checkbox"/> Soltero (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Separado (a) <input type="checkbox"/> Jefe de familia <input type="checkbox"/> Viudo (a) <input type="checkbox"/> Desconocido				
VETERANO: (MILITAR)							
¿Es Ud. veterano de las fuerzas armados de los EEUU? DD214? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						Año de baja _____	
¿Es elegible para recibir tratamiento médico por la VA (beneficios de veteranos)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						Estatus _____	
¿Le fue negado tratamiento médico por la VA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						Si fue negado ¿por qué? _____	
Si en alguna ocasión Ud. usó beneficios de veteranos y no estuvo satisfecho ¿cuál fue el motivo? _____							
VIVIENDA:			EMPLEO:			APRENDO MEJOR AL:	
<input type="checkbox"/> Dueño o inquilino <input type="checkbox"/> Sin domicilio permanente (sin hogar) Si no tiene domicilio permanente ¿dónde vive ahora? <input type="checkbox"/> Albergue <input type="checkbox"/> Vivo con familia o amigos <input type="checkbox"/> En la calle <input type="checkbox"/> Transicional <input type="checkbox"/> En un cañón <input type="checkbox"/> Otro _____ ¿Cuánto tiempo tiene viviendo sin hogar? _____			<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Desempleado			<input type="checkbox"/> Observar <input type="checkbox"/> Tocar <input type="checkbox"/> Escuchar	
			TRABAJO AGRÍCOLA:			OCUPACIÓN:	
			<input type="checkbox"/> Migratorio <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Ninguno			<input type="checkbox"/> Actual _____ <input type="checkbox"/> Anterior _____	
NÚMERO DE PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR: _____				INGRESO MENSUAL: _____			

FIRMA: _____ **FECHA:** _____