

PLACE LABEL HERE



**FAMILY HEALTH CENTERS  
OF SAN DIEGO**

YES   
NO   
N/A

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

**FIRMA:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_