

PLACE LABEL HERE



**FAMILY HEALTH CENTERS
OF SAN DIEGO**

YES
NO
N/A

INTERPRETER
NEEDED?

FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE (LETRA DE MOLDE)

| | | | | | |
|---|----------------|---|---|--|---|
| Nombre del paciente: | | Apellido: | Segundo nombre: | Pronombres <input type="checkbox"/> Él <input type="checkbox"/> Ella <input type="checkbox"/> Elle <input type="checkbox"/> Otro | Sexo asignado al nacer: <input type="checkbox"/> HOMBRE (M) <input type="checkbox"/> MUJER (F) |
| Para pacientes menores: Nombre del padre/guardián legal | | | | | Identidad de genero: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Género queer/no-binario |
| Domicilio de casa: | Ciudad: | Estado: | Código postal: | | Género legal: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X |
| Domicilio para correspondencia: <input type="checkbox"/> <i>El mismo de casa</i> | | | | | Orientación sexual: <input type="checkbox"/> Straight or Heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana <input type="checkbox"/> Gay o Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Asexual <input type="checkbox"/> Something else <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Algo más |
| 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>Rechazar</i> | | Parentesco: | | Numero de emergencia: | |
| ORIGEN ÉTNICO: | | RAZA: | | | |
| <input type="checkbox"/> Mexicano/México-Americano/Chicano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Otro origen hispano/a, latino/a o español <input type="checkbox"/> No hispano/a, latino/a o español <input type="checkbox"/> De Oriente Medio/África del Norte <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Rechazar | | <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro origen asiático <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo <input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Otro Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> No se <input type="checkbox"/> Rechazar | | | |
| IDIOMA PRINCIPAL: | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Lenguaje de señas <input type="checkbox"/> Otro _____ | | | | | |
| EDUCACION: (máximo nivel)) | | | ESTADO CIVIL: (para pacientes mayores de 16 años) | | |
| <input type="checkbox"/> Nivel _____ <input type="checkbox"/> Nivel I2 <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Algo de colegio/universidad <input type="checkbox"/> Posgraduado | | | <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Pareja domestica <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) | | | | RAMA DE SERVICIO MILITAR | |
| ¿IES Ud. veterano de las fuerzas armados de los EEUU? DD214? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿IES elegible para recibir tratamiento medico por la VA (beneficios de veteranos)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Ile fue negado tratamiento medico por la VA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Año de baja _____ Estatus _____ Si fue negado ¿por que? _____ Si en alguna ocasión Ud. usó beneficios de veteranos y no estuvo satisfecho ¿cuál fue el motivo? _____ | | | | <input type="checkbox"/> Ejército <input type="checkbox"/> Fuerza naval <input type="checkbox"/> Cuerpo de infantería de marina <input type="checkbox"/> Fuerza aérea <input type="checkbox"/> Guardia costera <input type="checkbox"/> Guardia nacional <input type="checkbox"/> Marina mercantil <input type="checkbox"/> Fuerza espacial | |



FAMILY HEALTH CENTERS OF SAN DIEGO

| | | |
|--|--|---|
| VIVIENDA: <input type="checkbox"/> Dueno 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 _____ ¿Cuanto tiempo tiene viviendo sin hogar? _____ | EMPLEO: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Desempleado TRABAJO AGRICOLA: <input type="checkbox"/> Migratorio <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Ninguno | APRENDO MEJOR AL: <input type="checkbox"/> Observar <input type="checkbox"/> Tocar <input type="checkbox"/> Escuchar OCUPACIÓN: <input type="checkbox"/> Actual _____ <input type="checkbox"/> Anterior _____ |
| NÚMERO DE PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR: _____ INGRESO MENSUAL: _____ | DISCAPACITADO/A: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |

FIRMA: _____

FECHA: _____