



## I. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_  
(Debe coincidir con la tarjeta de Medi-Cal o ID) Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Previo  Nombre Preferido: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Mes Día Año

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Sexo al Nacer:  Masculino  Femenino

Dirección de Casa: \_\_\_\_\_ Apto. \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Dirección de Envió: \_\_\_\_\_ Apto. \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono Principal: \_\_\_\_\_ ¿Este es un celular?  Sí  No

¿Podemos dejar mensaje de voz/texto?  Sí  No

Teléfono Secundario: \_\_\_\_\_ ¿Este es un celular?  Sí  No

¿Podemos dejar mensaje de voz/texto?  Sí  No

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Quando usted comparte su información demográfica con nosotros se mantiene confidencial. Nos ayudará a proporcionarle la mejor atención posible y nos permite mantener fondos para proporcionar servicios esenciales de atención médica.

1. **Genero Actual:**  Mujer  Hombre  Indiferenciado

2. **¿Como se identifica? (Marque Uno)**

- Hombre  Hombre Transgénero/Mujer-a-hombre (MaH)/Hombre Trans
- Mujer  Mujer Transgénero/Hombre-a-mujer (HaM)/Mujer Trans
- Intergénero, ni exclusivamente hombre ni mujer
- Categoría de género adicional, especifique: \_\_\_\_\_
- Deseo no contestar

3. **¿Te consideras a ti mismo cómo? (Marque Uno)**  Heterosexual  Bisexual

- Lesbiana, gay, o homosexual  Algo más  No lo se  Deseo no contestar

4. **Pronombre Preferido:**  Ella, La, Suya  El, Lo, Suyo  Ustedes, Les, Suyos  Ze, Hir

- Otro  Desconocido  Deseo no contestar

5. **Estado Civil:**  Soltero/a  Casado/a  Pareja  Viudo/a  Divorciado/a  Legalmente separado/a

6. **a) Estado Estudiantil:**

- No soy Estudiante
- Medio Tiempo
- Tiempo Completo

**b) Estudiante en:**

- Colegio/Universidad \_\_\_\_\_
- Distrito Escolar \_\_\_\_\_
- Otro (por favor especifique): \_\_\_\_\_

7. **Herencia:**

- Árabe/Medio Oriente
- Negra/Afroamericana
- Indígena de las Américas/Nativa de Alaska
- Blanca
- Nativo de Hawái
- Otra de las islas del Pacífico
- Guameña o Chamorra
- Samoana

- China
- Filipina
- India
- Japonesa
- Coreana
- Vietnamita
- Otro Asiática
- Deseo no contestar

8. **Hispano, Latina/Origen Español:**

- Hispano/Latina/o, Origen Español
  - Cubana/o
  - Mexicano, Mexicanoamericano, Chicano
  - Puertorriqueño
  - De otro origen Hispano, Latino/a, Origen Español, Combinado
- No es de origen Hispano, Latino/a, Origen Español
- Deseo no contestar

9. **Lenguaje Preferido:**  Ingles  Español  Punjabi  Urdu  Tagalo  Lenguaje de señas  Otro: \_\_\_\_\_

10. **¿Tiene dificultades para recibir nuestros servicios en inglés?**  Sí  No

11. **¿Tiene vivienda estable?**  Sí  No

- Describe su vivienda actual:  Casa/Apartamento  Refugio para indigentes  Vivienda de transición
- Vivo en la calle  Vivo con familia o amigos  Otro: \_\_\_\_\_

**12. En los últimos 2 años, ¿Usted o un miembro de su familia inmediata? (Marque todos los que apliquen):**

- Trabajo en algún tipo de agricultura (trabajo de campo): ¿sembrando, preparando la tierra, en una empacadora, manejando una camioneta para cualquier tipo de trabajo de campo, o con animales como vacas, pollos, etc.?
- ¿Vivió lejos de la casa para trabajar en cualquier tipo de agricultura (trabajo de campo)?

**13. ¿Usted o algún miembro de su familia paro de migrar para trabajar en la agricultura (trabajo de campo) por alguna discapacidad o por la edad (por ser muy mayor para trabajar)?**  Sí  No

**14. ¿Vive usted en vivienda pública? (Sección 8 no se considera vivienda pública)**  Sí  No

Si su respuesta es Sí, nombre de agencia o vecindario: \_\_\_\_\_

**15. ¿Alguna vez ha servido en cualquier rama de las fuerzas armadas durante cualquier período de tiempo, incluidas las reservas?**  Ejército, Marina, Marines, Fuerza Aérea, Guardia Costera  No soy Veterano/a

**II. PARA MENORES DE EDAD (17 AÑOS O MENORES) O ADULTOS DEPENDIENTES SOLAMENTE**

Padre/Tutor Legal del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

Padre/Tutor Legal del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Relación al Paciente: \_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**III. INFORMACION FINANCIERA**

¿Actualmente tiene usted seguro médico?  Sí  No

Si su respuesta es Sí, Nombre de Seguro Médico: \_\_\_\_\_ # de Seguro Médico: \_\_\_\_\_

Tamaño de Familia: \_\_\_\_\_ Ingreso Familiar: \_\_\_\_\_  Mensual  Anual

**PERSONA RESPONSABLE**  Contacto de información igual a la sección II. Para Menores de Edad

(Los estados de cuenta serán enviados a la persona responsable solo cuando no cubra el seguro médico.)

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección de Envió: \_\_\_\_\_ Apto. \_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

**IV. INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN – USO PARA EL PAICIENTE SOLAMENTE**

Utilice este espacio para decirnos con quién podemos compartir o divulgar información. Utilizamos estas instrucciones para compartir en su nombre. Deje esta sección en BLANCO si no desea que su información se comparta con NADIE.

Agencia/Persona: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dirección de Envió: \_\_\_\_\_ Apto. \_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_

Esta persona tiene el permiso de:

- Compartir cualquier y toda mi información médica.
- Recoger mis medicamentos recetados en mi ausencia.
- Enviar mensajes a mi equipo de atención.
- Recibir mis resultados de pruebas.
- Programar, reprogramar o cancelar mis citas.

Este consentimiento de divulgación expirara el \_\_\_\_\_ o en 12 meses de la fecha de firma.

Imprimir Nombre (letra en molde)

Firma del Paciente o Tutor Legal

Fecha

**FOR OFFICE USE ONLY**

Telehealth Visit

Doubling Up/CareLink Eligibility: Yes  No  Data entered by: \_\_\_\_\_ Initials: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_