



Información de la/el Paciente			
Apellido(s)		Primer Nombre	Segundo Nombre/Inicial
Nombre que Prefiere Usar (si lo tiene):	Pronombres de la/el Paciente:	Fecha de Nacimiento	SSN/ITIN (si lo tiene):
Dirección		Ciudad, Estado, Código Postal	
Sexo de la/el Paciente al Nacer: (Requerido para niños menores de 5 años)	Orientación Sexual:		
<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Intersexual	<input type="checkbox"/> Gay <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Asexual <input type="checkbox"/> Lesbiana <input type="checkbox"/> Queer <input type="checkbox"/> Algo más <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Pansexual <input type="checkbox"/> Omnisexual <input type="checkbox"/> Prefiero no decir		
Identidad de Género:	Mejor forma de contactarle:		
<input type="checkbox"/> Femenino/Mujer <input type="checkbox"/> Masculino/Hombre <input type="checkbox"/> Transgénero Femenino/Trans Mujer <input type="checkbox"/> Lo Estoy Cuestionando <input type="checkbox"/> Transgénero Masculino/Trans Hombre <input type="checkbox"/> Prefiero no decir <input type="checkbox"/> No binario/Genderqueer <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Dos Espíritus	<input type="checkbox"/> Al teléfono de la Casa <input type="checkbox"/> Al teléfono Celular <input type="checkbox"/> Por Correo Electrónico <input type="checkbox"/> Por Texto Dirección de Correo Electrónico:		
	Número de Teléfono Principal:	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> De Voz mensajes? <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> De Texto	
	Número de Teléfono Secundario:	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> De Voz mensajes? <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> De Texto	
¿Desea inscribirse en el Portal para Pacientes MyChart? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Grupo Étnico (marque todos los que le corresponden):		Soy de Raza (marque todas las que le corresponden):	
<input type="checkbox"/> Mexicano/a, Mexicanoamericano/a, o Chicano/a <input type="checkbox"/> Orígenes Hispánicos, Latinos, o Españoles múltiples <input type="checkbox"/> Otro Origen Hispano, Latino/a, o Español <input type="checkbox"/> No soy Hispano(a) o Latino/a <input type="checkbox"/> Cubano/a <input type="checkbox"/> Puertorriqueño/a <input type="checkbox"/> Prefiero no decir <input type="checkbox"/> No sé		<input type="checkbox"/> Africana Americano/a o Negro/a <input type="checkbox"/> Indio/a Asiático/a <input type="checkbox"/> Indio/a de Americana o Nativo/a de Alaska <input type="checkbox"/> Chino/a Filipino/a <input type="checkbox"/> Caucásico/a o Blanco/a <input type="checkbox"/> Japonés/a <input type="checkbox"/> Nativo/a de Hawái <input type="checkbox"/> Coreano/a <input type="checkbox"/> De Otras Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Guamaní o Chamorro/a <input type="checkbox"/> Otra Raza Asiática <input type="checkbox"/> Samoano/a <input type="checkbox"/> Otra: <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Prefiero no decir	
¿Es la/el paciente la persona responsable de pagar por los gastos médicos?			
<input type="checkbox"/> Tengo Seguro—por favor presente su tarjeta de seguro		<input type="checkbox"/> No Tengo Seguro	
¿Es la/el paciente la persona responsable de pagar por los gastos médicos?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si respondió que no, complete la información que se le pide abajo. No complete para pacientes menores con Medi-Cal/PHP.)	
Persona Responsable por el Seguro Médico de la/el paciente:	Primer Nombre	Apellido	Parentesco con la/el Paciente
Dirección (si es diferente a la dirección que la/el paciente escribió arriba.)			
En cual Número de Teléfono es más fácil encontrar a esta persona:		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Otro	
Información del Seguro Médico de la Persona Responsable por el Seguro Médico de la/el Paciente			
Nombre de la Compañía de Seguro Médico			
Número de Identificación/Membresía de Seguro Médico		Número del Grupo	

Persona Responsable: madre/padre/encargado legal/cuidador/conservador adicional <i>(para pacientes menores d 18 años o que sean adultos dependientes).</i>			
Apellido(s)	Primer Nombre	Inicial	Parentesco con la/el Paciente
Dirección <i>(si es diferente a la dirección que la/el paciente escribió arriba.)</i>			
Ciudad	Estado	Código Postal	
En cual Número de Teléfono es más fácil encontrar a esta persona: _____	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Otro	Esta persona, ¿Tiene derecho para entrar y acceder a la cuenta de la/el paciente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <i>(si respondió que sí, pida un formulario)</i>	
Contacto de Emergencia (para menores, debe ser diferente a la persona a cargo mencionada anteriormente)			
Apellido	Primer Nombre	Inicial	Parentesco con la/el Paciente
En cual Número de Teléfono es más fácil encontrar a esta persona: _____	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Otro	Esta persona, ¿Tiene derecho para entrar y acceder a la cuenta de la/el paciente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <i>(si respondió que sí, pida un formulario)</i>	
Idioma Primario <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otra: _____			
Dialecto: _____		¿Necesita un(a) intérprete cuando nos visite? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Ingreso Familiar (para fines de subvenciones)			
¿Cuántos dependientes tiene incluyéndose a usted? (tamaño de su familia)		¿Ingreso mensual de la familia antes que les quiten los impuestos?	
Farmacia Preferida			
¿Cuál farmacia prefiere?		<input type="checkbox"/> Farmacia Lombardi <input type="checkbox"/> Farmacia Dutton <input type="checkbox"/> Farmacia Vista <input type="checkbox"/> Otra: _____	
Seguro para Medicamentos (si es diferente a la del seguro médico regular)			
Discapacidad/Asistencia que la/el Paciente Necesita (marque todas las que correspondan)			
<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Dificultad para Ver <input type="checkbox"/> Dificultad para Oír <input type="checkbox"/> Necesidades Especiales <input type="checkbox"/> Movilidad <input type="checkbox"/> Prefiero no decir <input type="checkbox"/> Otra: _____			
Rango Militar o Veterano:			Si usted es Veterano/a:
<input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Inactivo <input type="checkbox"/> Sin Experiencia <input type="checkbox"/> Reservista <input type="checkbox"/> Veterano/a			<input type="checkbox"/> ¿Separado/a o Veterano/a de Combate?
Estas Preguntas son para ayudarle a usted y a su comunidad:			
SRCH es una corporación sin fines de lucro. Los subsidios y las donaciones que recibimos nos ayudan a darle servicios a las personas que no pueden pagar el costo total de sus visitas. Al responder a estas preguntas usted nos ayudará a servirle mejor, a usted y también a su comunidad.			
Marque la condición que le corresponda a usted (seleccione una):			
<input type="checkbox"/> Soy Trabajador(a) agrícola estacional: <i>Mi trabajo principal es la agricultura y no trabajo todo el año</i>			
<input type="checkbox"/> Soy Trabajador(a) agrícola Migrante: <i>Mi trabajo principal es la agricultura, no trabajo todo el año y tengo que mudarme para poder ir encontrando trabajo</i>			
<input type="checkbox"/> No soy, ni lo uno ni lo otro			
Marque la condición que le corresponda a usted (seleccione una):			
<input type="checkbox"/> Vivo en un albergue para personas sin hogar			
<input type="checkbox"/> Vivo en las calles o en mi carro			
<input type="checkbox"/> Estoy viviendo temporalmente en casa de amigos/familia			
<input type="checkbox"/> Vivo en casas de transición: <i>Programa de vivienda temporal con ayuda para después encontrar vivienda permanente</i>			
<input type="checkbox"/> Vivo en otra situación sin hogar; por favor describa: _____			
<input type="checkbox"/> Si tengo vivienda			

Autorización para Recibir Tratamiento (*firme para dar autorización*):

- La información que di en este formulario es verdadera y correcta según mi saber y entender.
- Yo doy permiso para que los empleados de Santa Rosa Community Health (SRCH) puedan hacerme los exámenes médicos, procedimientos, tratamientos, y para darme las referencias necesarias para poder cuidar de mi salud.
- Me comprometo a seguir los reglamentos de pago de SRCH por los servicios que reciba.
- Sé que no es necesario recibir servicios de planificación familiar para recibir otros servicios ofrecidos por SRCH.
- Sé que tengo la responsabilidad de pagar por cualquier servicio que no cubra mi compañía de seguros.
- Sé que tengo la responsabilidad de entender los reglamentos de mi compañía de seguros.
- Yo autorizo para que se dé a conocer cualquier información que SRCH necesite para procesar mis cuentas médicas.
- Yo autorizo el pago de cualquier beneficio del gobierno o de mi seguro médico para que le paguen a SRCH por los servicios que me brinden.
- Doy permiso a SRCH para que revisen mis registros de farmacia que estén relacionados con el cuidado de mi salud

Con mi firma, doy permiso y estoy de acuerdo con los reglamentos y condiciones descritos anteriormente para que mi equipo de cuidado médico pueda brindarme todo el cuidado necesario para darme tratamiento.

Para Adultos Dependientes, se requiere la firma del Conservador (*firme aquí*): _____

X _____

Firma de la/el Paciente (*la madre/padre/encargado debe firmar si son menores de edad o adultos dependientes*) Date