



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	
Mejor forma de contactarlo:	☐ Al teléfono de la Casa ☐ Al teléfono Celular ☐ Por Correo Electrónico ☐ Por Texto	Correo Electrónico:	¿Desea inscribirse en el Portal para Pacientes MyChart? ☐ Sí ☐ No
Teléfono Principal:	☐ Celular ☐ Trabajo ☐ Casa ☐ Otro ¿Está bien dejarle mensajes? ☐ De Voz ☐ De Texto	Teléfono Secundario:	☐ Celular ☐ Trabajo ☐ Casa ☐ Otro ¿Está bien dejarle mensajes? ☐ De Voz ☐ De Texto
Acepto recibir mensajes de texto de Santa Rosa Community Health relacionados con mi atención médica, citas, facturación y otras comunicaciones relacionadas. Al marcar esta casilla, confirmo que he revisado el Aviso de Prácticas de Privacidad y los Términos de Mensajería de Texto de SRCH. Pueden aplicarse cargos por mensajes y datos. La frecuencia de los mensajes puede variar. Responda "STOP" para dejar de recibir mensajes. ☐ Sí ☐ No			
Identidad de Género:		Sexo de la/el Paciente al Nacer:	
☐ Femenino/Mujer ☐ Masculino/Hombre ☐ Transgénero Femenino/Trans Mujer ☐ Lo Estoy Cuestionando ☐ Transgénero Masculino/Trans Hombre ☐ Prefiero no decir ☐ No binario ☐ Otro ☐ Genderqueer ☐ Dos Espíritus		☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Intersexual	
		Orientación Sexual:	
		☐ Gay ☐ No lo sé ☐ Heterosexual ☐ Asexual ☐ Lesbiana ☐ Queer ☐ Algo más ☐ Bisexual ☐ Pansexual ☐ Omnisexual ☐ Prefiero no decir	
Grupo Étnico (marque todos los que le corresponden):		Soy de Raza (marque todas las que le corresponden):	
☐ Mexicano/a, Mexicanoamericano/a, o Chicano/a ☐ Orígenes Hispanos, Latinos, o Españoles múltiples ☐ Otro Origen Hispano, Latino/a, o Español ☐ No soy Hispano(a) o Latino/a ☐ Cubano/a ☐ Puertorriqueño/a ☐ Prefiero no decir ☐ No sé		☐ Africana Americana/a o Negro/a ☐ Indio/a Asiático/a ☐ Indio/a de Americana o Nativo/a de Alaska ☐ Chino/a Filipino/a ☐ Caucásico/a o Blanco/a ☐ Japonés/a ☐ Nativo/a de Hawái ☐ Coreano/a ☐ De Otras Islas del Pacífico ☐ Vietnamita ☐ Guamaní o Chamorro/a ☐ Otra Raza Asiática ☐ Samoano/a ☐ Otra: ☐ No sé ☐ Prefiero no decir	
Información del Seguro Médico de la/el Paciente:			
☐ Tengo Seguro—por favor presente su tarjeta de seguro ☐ No Tengo Seguro			
¿Es la/el paciente la persona responsable de pagar por los gastos médicos? ☐ Sí ☐ 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.)			
Mejor Número de Teléfono para contactar a esta persona: ☐ Celular ☐ Trabajo ☐ Casa ☐ Otro			
Identificación de Género con su Seguro:			
☐ Femenino ☐ Masculino ☐ X			
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			
Apellido(s)	Primer Nombre	Inicial	Parentesco con la/el Paciente
Dirección (si es diferente a la dirección que la/el paciente escribió arriba.)			
Ciudad	Estado	Código Postal	
Mejor Número de Teléfono para contactar a esta persona: ☐ Celular ☐ Trabajo ☐ Casa ☐ Otro		Esta persona, tiene derecho para entrar y acceder a la cuenta de la/el paciente? ☐ Si ☐ No (si respondió que sí, pida un formulario)	
Contacto de Emergencia (para menores, debe ser diferente a la persona a cargo mencionada anteriormente)			
Apellido	Primer Nombre	Inicial	Parentesco con la/el Paciente
Mejor Número de Teléfono para contactar a esta persona: ☐ Celular ☐ Trabajo ☐ Casa ☐ Otro		Esta persona, tiene derecho para entrar y acceder a la cuenta de la/el paciente? ☐ Si ☐ No (si respondió que sí, pida un formulario)	
Idioma Primario ☐ Español ☐ Inglés ☐ Otra: _____			
Dialecto: _____ ¿Necesita un(a) intérprete cuando nos visite? ☐ Sí ☐ 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?		☐ Farmacia Lombardi ☐ Farmacia Dutton ☐ Farmacia Vista ☐ 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)			
☐ Ninguna ☐ Dificultad para Ver ☐ Dificultad para Oír ☐ Necesidades Especiales ☐ Movilidad ☐ Prefiero no decir ☐ Otra: _____			
Rango Militar o Veterano:		<i>Si usted es Veterano/a:</i>	
☐ Activo ☐ Inactivo ☐ Sin Experiencia ☐ Reservista ☐ Veterano/a		☐ ¿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):			
☐ Soy Trabajador(a) agrícola estacional: Mi trabajo principal es la agricultura y no trabajo todo el año ☐ Soy Trabajador(a) agrícola Migrante: Mi trabajo principal es la agricultura, no trabajo todo el año y tengo que mudarme para poder ir encontrando trabajo ☐ No soy, ni lo uno ni lo otro			
Marque la condición que le corresponda a usted (seleccione una):			
☐ Vivo en un albergue para personas sin hogar ☐ Vivo en las calles o en mi carro ☐ Estoy viviendo temporalmente en casa de amigos/familia ☐ Vivo en casas de transición: Programa de vivienda temporal con ayuda para después encontrar vivienda permanente ☐ Vivo en otra situación sin hogar; por favor describa: _____ ☐ 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*)

Fecha