

Apellido Legal _____ Nombre Legal _____ Inicial _____ Nombre Preferido/Apodo _____

Please give your ID card to the front desk

Núm. Seguro Social Declinado _____ Fecha Nacimiento _____

Género asignado al nacer: Masculino Femenino

Género Legal Actual: Masculino Femenino Indiferenciado

Identidad de Género: Prefiero no responder Hombre Mujer
 Hombre a Mujer Mujer a Hombre Otro: _____

Orientación Sexual: Prefiero no responder Heterosexual Lesbiana/gay
 Bisexual Otro: _____

Pronombre Preferido: Prefiero no responder El/a El/de El Ella/a Ella/de Ella
 Ellos/a Ellos/de Ellos Ze/Hir Otro: _____

Dirección Física _____ Dirección Postal (si es diferente a la física) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

¿Sería útil un intérprete para su visita? Sí No

Lenguaje Primario _____

¿Su médico de cabecera está en el CHC? No Sí ¿Su dentista de cabecera está en el CHC? No Sí

Información de Contacto del Paciente

Teléfono primario Celular _____ Teléfono alternativo _____ Correo Electrónico* _____

Número de contacto preferido: Teléfono primario Teléfono alternativo
 Tiene mi permiso para dejar un mensaje detallado en mi teléfono preferido
 Tiene mi permiso para enviar carta detallada a mi dirección postal

¿Cómo le gustaría recibir recordatorios de citas?

Correo Electrónico Llamada Texto Mensaje de voz

Nombre de Contacto de Emergencia _____ Relación/Parentesco _____ Número de Teléfono _____

Datos Demográficos adicionales del Paciente (UDS)

¿Es usted una persona sin hogar? No Sí

¿Es usted trabajador agrícola? No Sí

¿De que origen étnico se considera usted?

Cubano/a Chicano/a Mexicano/a Mexicoamericano/a
 Puertorriqueño/a Otro origen hispano, latino o español
 No de origen hispano, latino o español Prefiero no responder

¿De que raza se considera usted?

Indio Americano/Nativo de Alaska Asiático indio/asiática india Negro/Afroamericano
 Chino/a Filipino/a Guameño/a o chamorro/a Nativo Hawaiano
 Japonés/esa Coreano/a Otro origen asiático Otro Isleño del Pacífico
 Samoano/a Vietnamita Blanco Prefiero no responder

¿Ha servido en el ejército, las fuerzas armadas o los servicios uniformados de los Estados Unidos? Esto incluye: Fuerza Aérea, Ejército, Guardia Costera, Infantería de Marina, Armada, Fuerza Espacial, Guardia Nacional o Reservas o el Servicio de Salud Pública de EE. UU. (PHS) y la Administración Nacional Oceánica y Atmosférica (NOAA): Sí No

¿Cual es su farmacia preferida? (nombre y ubicación) _____

¿Cuál es su segunda farmacia preferida? (nombre y ubicación) _____

¿Cómo se enteró sobre nosotros?

- Tacoma/Departamento de Salud del Condado Pierce. Programa de Intercambio de Agujas Empleado de CHC
- ¿Hospital—cuál? _____ Promotor de Salud CHC Patient
- Other: _____

Información de Seguro Primario

**Por favor, entregue su tarjeta del seguro al personal de recepción.*

Nombre de la Compañía _____

Nombre: _____ Relación/Parentesco: _____ Número de Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación/Parentesco: _____ Número de Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación/Parentesco: _____ Número de Teléfono: _____

***Información Médica/Dental General no incluye; tratamiento, diagnóstico, resultados de pruebas, otra información de salud sensible o información reproductiva, para este consentimiento usted necesita llenar una forma llamada Autorización para Proporcionar/Obtener Información Confidencial Médica/Dental.**

Autorización, Consentimiento y and Cesión de Beneficios

Por la presente doy consentimiento para la atención ambulatoria con Community Health Care con un equipo multidisciplinario de médicos. Esta atención puede incluir: Evaluación, Diagnóstico, Consulta y tratamiento para atención Médica, Psiquiátrica, de Salud del Conductual y/o Dental Estos servicios se pueden brindar en una de nuestras clínicas o mediante un sistema de telemedicina, utilizando equipos de videoconferencia. Autorizo que los beneficios de mi seguro se paguen directamente a Community Health Care y entiendo que soy financieramente responsable de todos los servicios no cubiertos. Estoy de acuerdo con la divulgación de información relacionada con el tratamiento/consulta de atención médica, psiquiátrica, de salud conductual y/o dental con el propósito de pago u operaciones de atención médica. Esta autorización y asignación es permanente y permanecerá archivada y se utilizará para reclamos futuros. Puedo revocarlo en cualquier momento mediante notificación por escrito. Reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad para Community Health Care. Entiendo que Community Health Care me facturará a mí o a mi Seguro por visitas médicas en persona, audiovisuales y de audio solamente, dentales y/o de salud mental.

Firma: _____ Fecha: _____

For Office Use Only:

Initials _____