

Apellido Legal		Nombre Legal		Inicial	Nombre Preferido/Apodo
Núm. Seguro Social <input type="checkbox"/> Declinado		Fecha Nacimiento		Género asignado al nacer: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Género Legal Actual: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Indiferenciado	
Identidad de Género:	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer		
	<input type="checkbox"/> Hombre a Mujer	<input type="checkbox"/> Mujer a Hombre	<input type="checkbox"/> Otro: _____		
Orientación Sexual:	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Heterosexual	<input type="checkbox"/> Lesbiana/gay		
	<input type="checkbox"/> Bisexual	<input type="checkbox"/> Otro: _____			
Pronombre Preferido:	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> El/a El/de El	<input type="checkbox"/> Ella/a Ella/de Ella		
	<input type="checkbox"/> Ellos/a Ellos/de Ellos	<input type="checkbox"/> Ze/Hir	<input type="checkbox"/> 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?			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Celular	Teléfono alternativo	Correo Electrónico*
Número de contacto preferido:	<input type="checkbox"/> Teléfono primario <input type="checkbox"/> Teléfono alternativo	
	<input type="checkbox"/> Tiene mi permiso para dejar un mensaje detallado en mi teléfono preferido	
	<input type="checkbox"/> Tiene mi permiso para enviar carta detallada a mi dirección postal	
¿Cómo le gustaría recibir recordatorios de citas?		
<input type="checkbox"/> Correo Electrónico	<input type="checkbox"/> Llamada	<input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Es usted trabajador agrícola? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿De que origen étnico se considera usted?	
<input type="checkbox"/> Cubano/a	<input type="checkbox"/> Chicano/a
<input type="checkbox"/> Puertorriqueño/a	<input type="checkbox"/> Mexicano/a
<input type="checkbox"/> No de origen hispano, latino o español	<input type="checkbox"/> Mexicoamericano/a
	<input type="checkbox"/> Otro origen hispano, latino o español
	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder

¿De que raza se considera usted?

<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático indio/asiática india	<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano
<input type="checkbox"/> Chino/a	<input type="checkbox"/> Filipino/a	<input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano
<input type="checkbox"/> Japonés/esa	<input type="checkbox"/> Coreano/a	<input type="checkbox"/> Otro Isleño del Pacífico
<input type="checkbox"/> Samoano/a	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Blanco
	<input type="checkbox"/> Otro origen asiático	<input type="checkbox"/> 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 _____

¿Hay alguien con quien le gustaría que compartiéramos su información médica/dental general?*

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: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Solo para uso en oficina: (For Office Use Only:)

Initials _____

Información Sobre la Parte Responsable

Apellido Legal

Nombre Legal

Inicial

Nombre Preferido/Apodo

Núm. Seguro Social Declinado

Fecha Nacimiento

Por favor entregue su tarjeta de identificación al recepcionista.

Género asignado al nacer: Masculino Femenino

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

Información de Contacto de la Parte Responsable

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 de la Parte Responsable (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

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____