

# Registro de pacientes 2018

Waterfall Community Health Center es un centro de salud certificado a nivel federal con financiamiento federal conforme a la Sección 330 de la Ley de Servicios Públicos de Salud. Estamos obligados a recopilar información sobre la edad, sexo, orientación sexual, ingresos y cantidad de miembros de la familia sólo con fines estadísticos. No se envía información personal.



INFORMACIÓN DEL PACIENTE					
Nombre:	Segundo nombre:	Apellido:	Fecha de nacimiento: / / MES/DÍA/AÑO	Sexo biológico: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Me identifico como (identidad de género): <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Hombre transexual: de mujer a hombre <input type="checkbox"/> Mujer transexual: de hombre a mujer <input type="checkbox"/> Prefiero no informarlo
Nombre de preferencia (de ser diferente)		Número del seguro social (SSN):	Orientación sexual: <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Prefiero no informarlo		Estado civil actual: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Separado/a
Dirección postal:			Ciudad:		Estado:
Correo electrónico: <input type="checkbox"/> No tengo correo electrónico			Teléfono de casa: ( ) - ( ) - ( )		Teléfono móvil: ( ) - ( ) - ( )
Ingresos familiares: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual (inclúyase a usted):			Raza (elijá todas las que apliquen): <input type="checkbox"/> Blanca/Caucásica <input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Aborígen de América del Norte/ Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Nativo de la Polinesia <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Prefiero no informarlo		Etnia (elijá una): <input type="checkbox"/> Hispana/Latina <input type="checkbox"/> No hispana/Latina <input type="checkbox"/> Prefiero no informarlo
Tarifas reducidas: ¿Le interesa postularse para las tarifas reducidas (incluso si tiene seguro)? <input type="checkbox"/> Sí (se le solicitará un comprobante de ingresos) <input type="checkbox"/> No verificado			Idioma de preferencia: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro (especificar):		
Vivienda: <input type="checkbox"/> Propietario/Inquilino <input type="checkbox"/> Albergue para indigentes <input type="checkbox"/> Alojamiento transitorio Vivienda compartida <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> Otra: _____ <input type="checkbox"/> Vivienda municipal			Situación laboral: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Jubilado Empleador (de corresponder): <input type="checkbox"/> Ciudadano de EE. UU.		
Trabajadores agrícolas: ¿Alguien de su casa trabaja en el campo o en plantas de procesamiento de alimentos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Temporal Si la respuesta es afirmativa, ¿trabajó en el campo o en plantas de procesamiento de alimentos fuera de esta área en los últimos 24 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Condición de veterano <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> No veterano		
PERSONA RESPONSABLE					
Principal responsable (Legal y/o financiero)					
Nombre:	Segundo nombre:	Apellido:	Fecha de nacimiento: / /	Domicilio (de ser diferente):	Teléfono:
Empleador:	Teléfono del empleador:	Vínculo con el paciente: <input type="checkbox"/> Yo mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Otro			
Segundo responsable (Legal y/o financiero)					
Nombre:	Segundo nombre:	Apellido:	Fecha de nacimiento: / /	Domicilio (de ser diferente):	Teléfono:
Empleador:	Teléfono del empleador:	Vínculo con el paciente: <input type="checkbox"/> Yo mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Otro			
INFORMACIÓN DEL SEGURO (ENTREGUE SU CREDENCIAL AL RECEPCIONISTA)					
Seguro médico primario		Seguro médico secundario		Seguro odontológico	
Nombre del seguro:		Nombre del seguro:		Nombre del seguro:	
Número de póliza:		Número de póliza:		Número de póliza:	
Número de grupo:		Número de grupo:		Número de grupo:	
Nombre del asegurado: Fecha de nacimiento: / /		Nombre del asegurado: Fecha de nacimiento: / /		Nombre del asegurado: Fecha de nacimiento: / /	
Vínculo con el paciente: <input type="checkbox"/> Yo mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Otro		Vínculo con el paciente: <input type="checkbox"/> Yo mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Otro		Vínculo con el paciente: <input type="checkbox"/> Yo mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Otro	
EN CASO DE EMERGENCIA					
Nombre de un amigo o familiar de la zona:	Vínculo con el paciente:		Número de teléfono:	Otro número de teléfono:	

**Nuestra misión: "Promover el acceso a servicios de salud integrales de calidad que satisfagan las necesidades de las personas con limitaciones de atención médica en la costa del sur de Oregón"**