|  |
| --- |
| **Registro de Nuevos Pacientes** |
|  |
| Nombre: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Fecha de Nacimiento: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Número de Seguro Social: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  |
| Dirección: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Pueblo/Ciudad: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Código postal: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  |
| Teléfono de casa: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Teléfono móvil: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Dirección de correo electrónico: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | @ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
| Si es menor de 18 años, ¿quién tiene su custodia? |  |
| [ ]  Madre | [ ]  Padre | [ ]  Ambos padres | [ ]  DCF | [ ]  Tutor legal |
| Nombre (s): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |  |
| ¿Eres estudiante de la Universidad Estatal de Fitchburg? | [ ]  Sí, vivo en el campus  | [ ]  Sí, vivo fuera del campus | [ ]  No |
|  |
| ¿Cómo nos conoció? | [ ]  remisión | [ ]  agencia de servicios sociales | [ ]  amigo/familiar/vecino |
|  | [ ]  anuncio | [ ]  redes sociales | [ ]  otros |
|  |
| Me gustaría recibir servicios en: |  |
|  | [ ]  Fitchburg CHC - 326 Nichols Rd, Fitchburg | [ ]  Greater Gardner CHC - 175 Connors St, Gardner |  |
|  | [ ]  ACTION CHC - 130 Water St, Fitchburg | [ ]  South Gardner CHC - 529 Timpany Blvd, Gardner |  |
|  | [ ]  Leominster CHC - 165 Mill St, Leominster |  |
| Me gustaría recibir: |  |
|  | [ ]  Médico | [ ]  Salud Conductual |  |
|  | [ ]  Dental | [ ]  Optometría |  |
|  |
| **Contacto en caso de emergencia** |
| Nombre: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Relación: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Teléfono de casa: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Teléfono móvil: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
| **Información Sobre Seguros** |
| **Médico** |
| **Principal** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ID: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | Grupo #: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Abonado: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [ ]  Auto |  |
|  | Fecha de nacimiento del abonado | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| **Secundaria** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ID: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | Grupo #: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Abonado: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [ ]  Auto |  |
|  | Fecha de nacimiento del abonado | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| **Optometría** |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ID: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | Grupo #: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Abonado: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [ ]  Auto |  |
|  | Fecha de nacimiento del abonado | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| **Dental** |
| **Principal** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ID: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | Grupo #: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Abonado: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [ ]  Auto |  |
|  | Fecha de nacimiento del abonado | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  | Empleador: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Secundaria** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ID: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | Grupo #: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Abonado: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [ ]  Auto |  |
|  | Fecha de nacimiento del abonado | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  |
| ***He completado este formulario y certifico que soy el paciente o su representante debidamente autorizado.*** |
|  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Firma |  | Fecha |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nombre impreso |  | Relación |

Como centro de salud comunitario, estamos obligados a recopilar datos cada año sobre los pacientes que atendemos. Su información de identidad personal (nombre y fecha de nacimiento) es altamente confidencial y no se incluirá en los resultados de la encuesta ni se informará a ninguna agencia. (2023)

|  |
| --- |
| **¿Cuál es su identidad de género actual? (Por favor, marque aquí):** |
| [ ]  Mujer | [ ]  Hombre  | [ ]  Hombre transgénero/Hombre transgénero/Masculino transgénero |
| [ ]  Otro | [ ]  Decidió no revelar | [ ]  Mujer transgénero/Mujer transgénero/Femenino transgénero |
|  |
| **¿Qué sexo se le asignó al nacer en su certificado de nacimiento original? (Por favor, marque aquí):** |
| [ ]  Femenino | [ ]  Masculino |  |
|  |
| **¿Se considera a sí mismo como? (Por favor, haga clic aquí):** |
| [ ]  Heterosexual | [ ]  Lesbiana, gay o Homosexual | [ ]  Bisexual |
| [ ]  Otra cosa | [ ]  Decidió no revelar | [ ]  No sè |
|  |
| **¿Qué raza(s) le representa(n) mejor? (Marque todas las que correspondan)** |
| [ ]  Asiático | [ ]  Otros isleños del Pacífico | [ ]  Indio americano/nativo americano o nativo de Alaska |
| [ ]  Blanco | [ ]  Negro/Afroamericano | [ ]  Nativo de Hawai | [ ]  No declarado |
|  |
| **Qué etnia le representa mejor (marque una):**  |
| [ ]  Hispano o Latino/a | [ ]  No es hispano ni latino/a | [ ]  Sin declarar/rechazado |
|  |
| **¿Es usted veterano?** |  | [ ]  Sí | [ ]  No |  |
|  |
| **¿Qué idioma prefiere?** |  |
|  |
| **¿Cuántos miembros de la familia hay en su casa?** |  |  |
|  |
| **¿Cuáles son sus ingresos?** | $ | [ ]  Anualmente | [ ]  Mensualmente | [ ]  Semanalmente |
|  |
| **¿Cuál es su situación actual de vivienda?** |
| [ ]  Propietario o alquila | [ ]  Albergue para personas sin hogar | [ ]  Vivienda de apoyo permanente |
| [ ]  Doble | (Vivir con otras personas en una situación que es temporal e inestable) |
| [ ]  Vivienda de transición  | (Alojamiento prolongado, pero temporal, utilizado para la transición desalojo) |
| [ ]  Calle | (Vivir a la intemperie, en un vehículo, en un campamento, en una vivienda/refugio improvisado o en otros lugares que generalmente no se consideran seguros o aptos para la ocupación humana) |
|  |
| **Es su situación de vivienda:** | [ ]  Sección 8 | [ ]  Vivienda pública | [ ]  No es una vivienda pública |
|  |
| **¿Es usted un trabajador inmigrante?** | [ ]  No |  |
|  | [ ]  Migrante | Empleado en los últimos 24 meses, con residencia temporal establecida para el empleo |
|  | [ ]  Estacional | Empleado en los últimos 24 meses, de forma estacional, sin desplazarse de su residencia |