

Unicare Community Health Center Inscripción de Paciente

UCHC/Pt. Reg., May 2020

Nombre del paciente: _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Domicilio: _____
Calle Apto # Ciudad Código Postal

Número Telefónico: () _____ () _____ () _____
Casa Trabajo Celular

¿Tiene número de **Seguro Social**? Sí No Número de Seguro Social: _____

¿Es su número de Seguro Social solamente para trabajar? Sí No Correo electrónico: _____

¿Está usted en los EEUU con Visa? Sí No Visa de turista Visa con respaldo financiero

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: Masculino Femenino
Mes / Día / Año

¿Sin Hogar? Sí No

Situación de vivienda: Dueño de casa Renta Motel/Hotel Carro/Vehículo Casa Intermedia/Refugio Refugio sin
 Transicional En la calle Vivienda de apoyo permanente Otro **¿Es usted Veterano?** Sí No

Estado Civil: Soltero Casado Separado Divorciado Viudo(a) Unión Libre

¿Esta discapacitado? Sí No **¿Fuma?** Sí No **Orientación sexual:** Homosexual Heterosexual
 Bisexual Deseo no revelar

Grupo Étnico: No-Latino/Hispano Latino/Hispano **Raza:** Caucásico Asiático Afro-Americano Indio Americano
 Isleño Pacifico Hawaiano Nativo Más de una raza Niegan a Informar

Identidad de género: Masculino Femenino Transexual Masculino Transexual Femenino Deseo no revelar

Nivel de educación terminado: No terminó preparatoria Certificado técnico o equivalente
 Se graduó de preparatoria Título universitario o superior

¿Es un trabajador Agricultor? Sí No **En caso afirmativo, ¿qué tipo?** Temporada Migrante **¿Es usted un miembro de la familia de un trabajador agricultor?** Sí No **En caso afirmativo, ¿qué tipo?** Temporada Migrante

Número de personas en su hogar familiar: _____ **Ingreso familiar anual: \$** _____

¿En qué idioma desea usted que le proporcione información? _____

¿Cómo entiende o habla el inglés? Muy Bien Moderado Muy Poco Nada

¿Tiene Alergias? _____

Amigo o pariente para contactar en caso de Emergencia: _____
Nombre Parentesco Número Telefónico

Si menor de edad, nombre de Madre _____ Si menor de edad, nombre de Padre _____

¿Cómo escucho de la Clínica UCHC? _____

1. ¿Tiene usted seguro médico? Sí No ¿En caso afirmativo, con quién? _____

2. ¿Tiene usted seguro dental? Sí No ¿En caso afirmativo, con quién? _____

3. ¿Tiene usted Medi-Cal? Sí No ¿Ha aplicado? Sí No

4. ¿Tiene su hijo(a) (paciente) CHDP? Sí No 5. ¿Tiene FPACT? Sí No Número de Póliza _____

Yo entiendo que la información de salud es confidencial. Autorizo el intercambio de información entre UCHC y cualquier otro proveedor u organización sólo según sea necesario para fines de tratamiento, pago u operaciones. Los derechos de los pacientes y las políticas de confidencialidad se publican en nuestra sala de espera y hay copias disponibles a pedido. Autorizo a recibir todos y cada uno de los servicios proporcionados por UCHC, incluidos, entre otros: atención primaria, dental, comportamiento, uso de sustancias y servicios psiquiátricos.

Yo autorizo tratamiento en la clínica UCHC. Sí No Iniciales _____

El intercambio de información puede incluir tratamiento para:

Alcoholismo o drogas Sí No Iniciales _____

Problemas psiquiátricos Sí No Iniciales _____

Si se requiere un número adecuado de radiografías para el diagnóstico,
Doy consentimiento para que se tomen radiografías para tratamiento dental: Sí No Iniciales _____

Firma del paciente o padre (Sí menor): _____ **Fecha:** _____

Nombre y parentesco (Sí no es el paciente) _____