

# 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) \_\_\_\_\_