

Unicare Community Health Center Inscripción de Paciente

UCHC/Pt. Reg., July 2017

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 Refugió 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 _____ Si menor de edad, nombre de _____

¿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 mi información médica/dental es confidencial. Autorizo el intercambio de información entre la clínica UCHC y de cualquier otro proveedor u organización sólo cuando es necesaria para las operaciones de tratamiento, pago o atención médica. Los derechos de pacientes y las políticas de confidencialidad serán hechos públicas en la sala de espera y las copias estarán disponibles bajo petición.

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

El intercambio de información puede incluir tratamiento para:
 Sí No

Alcoholismo o drogas Iniciales _____

Problemas psiquiátricos 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 (Si menor): _____ Fecha: _____

Nombre y parentesco (Si no es el paciente) _____