



# BIENVENIDO

*Estamos aquí para ayudarle!*

Para poder asistirle mejor, le pedimos encarecidamente que responda las siguientes preguntas, junto a los otros cuestionarios en este paquete.

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ 2º Nombre: \_\_\_\_\_

#Seguro Social del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac. del Cliente: \_\_\_\_\_

**Género Sexual (al nacer):**  Femenino  Masculino

**Género actual:**  Femenino  Masculino  No Diferenciado

**Género que lo identifica:**  Femenino  Categoría de Género adicional u otro, favor especificar

Declino Contestar  Femenino a Masculino (FTM)/transgénero masculino/hombre trans  Género Queer, ni exclusivamente masculino ni femenino  Masculino  Masculino a Femenino (MTF)/mujer trans

**Orientación Sexual:**  Heterosexual  Bisexual  Declino contestar  No Sé  Lesbiana, gay u homosexual  Algo diferente, favor describir

**Pronombre de preferencia:**  Ella  Preguntamos pero no sabe o declina contestar  El  Otro

Ellos  Ellas  Ze, Hir

**Dirección del Cliente:** \_\_\_\_\_ **Ciudad, Estado, Código Postal:** \_\_\_\_\_

**Estado Marital:** \_\_\_\_\_ **Idioma de Preferencia:** \_\_\_\_\_

Fuma:  SI  NO\_

**Seguro:** \_\_\_\_\_ (escanear ambos lados de la tarjeta de seguro)

**Contacto de Emergencia, Nombre y Número Telefónico:** \_\_\_\_\_

**Relación del Contacto de Emergencia con el Cliente:** \_\_\_\_\_

**Guardián (si usted no es su propio Guardian):** \_\_\_\_\_ **# Tel:** \_\_\_\_\_

**Numero teléfono fijo del Cliente:** \_\_\_\_\_

**Teléfono Celular del Cliente:** \_\_\_\_\_

**Dirección Electrónica del Cliente:** \_\_\_\_\_

**Forma de contacto de Preferencia:**  Celular  Contacto de Emergencia  Casa  Padres

Espos(a)  Trabajo

**Notificaciones:**  Ninguna  Correo Electrónico  Llamado Telefónico  SMS (mensaje de texto)

## Reporte de Sistema de Datos Uniformes (UDS):

**Estado de Vivienda:**  Indigente  No Indigente

**Estatus de Trabajador Migrante:**  Migrante  No Granjero  Trabajador Temporario de Agricultura o Dependiente

**Barrera de Lenguaje:**  NO  SI

**Raza:**  Américo-Africana o Negra  Indio-Americana o Nativo de Alaska  Asiática

Declino Especificar  Multi-raza  Nativo Hawaiano o de las Islas Pacíficas  Desconocido/sin reportar/declina  Blanca

**Etnicidad:**  No Hispana o Latina  Declina Especificar  Hispana o Latina  Otra  Desconocida

**Estado Veterano:**  NO  SI

**Jefe de Familia (para menores):** \_\_\_\_\_ (apellido, nombre) **Relación con el paciente:** \_\_\_\_\_

**Jefe de Familia Fecha de Nac:** \_\_\_\_\_ **Sexo al nacer Jefe de Familia:** \_\_\_\_\_

**Dirección Jefe de Familia:** \_\_\_\_\_ **Ciudad, Estado, Código Postal :** \_\_\_\_\_

**Notificaciones:**  Ninguna  Correo Electrónico  Llamado Telefónico  SMS (mensaje de texto)

**Número de Personas en el Hogar:** \_\_\_\_\_

**Rango de Ingreso:** \_\_\$0-\$12,880 \_\_\$18.881-\$17,388 \_\_\$17,389-\$21,252 \_\_\$21,253-\$25,760 \_\_\$25,761 y más

**¿Cómo fue referido a Compass Health Network? Plan de Marketing**

Agencia  Familia  Amigo(a) o Familiar  Online

Médico  Letrero, Material Impreso  Radio  TV

Otro: \_\_\_\_\_