

# ***Bienvenido***

## ***¡Estamos aquí para ayudar!***

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

**Apellido:** \_\_\_\_\_ **Nombre:** \_\_\_\_\_ **2ºNombre:** \_\_\_\_\_

**Alias:** \_\_\_\_\_ (apodo/nombre anterior) **Fecha en que completa el Documento:** \_\_\_\_\_

**Número de Seguro Social del Cliente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nac. del Cliente:** \_\_\_\_\_

**Género de Nacimiento** (Asignado al Nacer):  Femenino  Masculino

**Género Actual:**  Femenino  Masculino  No Diferenciado

**Género que lo identifica:** (no se requiere para pacientes menores de 18)

- Femenino
- Masculino
- Femenino a Masculino (FTM)/Hombre transgénico/Hombre Trans
- Masculino a Femenino (MTF)/Mujer Transgénica/Mujer Trans
- Género Queer, ni exclusivamente masculino ni exclusivamente femenino
- Genero Adicional u otra categoría, por favor especificar: \_\_\_\_\_
- Prefiere no contestar

**Orientación Sexual:** (no se requiere para pacientes menores de 18)

- Heterosexual
- Bisexual
- Lesbiana, gay u homosexual
- Algo diferente, por favor, describa. \_\_\_\_\_
- No Sé (el paciente no sabe cuál es su orientación sexual)
- Prefiere no contestar

**Pronombre de Preferencia:**

- Ella, Su, Sus
- El, Su, Sus
- Otro
- Ellos, Ellos, Sus
- Ze, Hir
- Se preguntó, pero es desconocido
- Prefiere no contestar

**Dirección del Cliente:** \_\_\_\_\_

**Ciudad, Estado, Código Postal:** \_\_\_\_\_

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

**Fumador:**  Si  No

**Número Telefónico de Casa del Cliente:** \_\_\_\_\_ **Número Celular del Cliente:** \_\_\_\_\_

**Dirección Correo Electrónico del Cliente:** \_\_\_\_\_

**Método de Contacto de Preferencia:**  Casa  Celular  Correo Electrónico

**Notificaciones para recordatorios automatizados de citas: (escoja sólo uno)**

- Correo Electrónico
- SMS (Mensaje de texto)
- Recordatorios de Voz
- Ninguno

**Seguro de Salud:** \_\_\_\_\_ (Provea la tarjeta de seguro al personal de registraci3n central.)

**Seguro Dental:** \_\_\_\_\_ (Provea la tarjeta de seguro al personal de registraci3n central.)

**Nombre Contacto de Emergencia:** \_\_\_\_\_

**Número Telefónico:** \_\_\_\_\_

**Relaci3n del Contacto de Emergencia con el Cliente:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Guardián (si usted no es su propio guardián):** \_\_\_\_\_

**Relaci3n del Guardián con el Paciente:** \_\_\_\_\_

**Número Telefónico del Guardián:** \_\_\_\_\_

**Direcci3n del Guardián:** \_\_\_\_\_

**Estado de Vivienda:**

- No Indigente
- Albergue para Indigentes
- Allegado (vive con otros, "duerme en sof3")
- Vivienda de Transici3n (unidad pequeña por donde personas pasan despu3s del albergue)
- Calle (Vive en la calle, veh3culo, intemperie o en un campamento)
- Otro (reside en un hotel/motel)

**Condici3n de Trabajador Migratorio:**

- Migratorio
- No es Granjero
- Trabajador Temporario de Agricultura o Dependiente

**Barrera de Idioma:**  No  Si

**Raza:** (marque todas las que correspondan)

- Indio-Americana o Nativo de Alaska
- Asiática
- Am3rico-Africana o Negra
- Nativo Hawaiano
- Otras Islas del Pacífico
- Blanca
- Sin Reportar/Declina Reportar

**Etnicidad:**

- No Hispano o Latino/a
- Hispano o Latino/a
- Declina especificar

**Condición de Veterano:**  No  Si

**Jefe de Familia**

- Sí mismo(a)

Si no lo es usted el paciente, cuál es su relación con el Paciente \_\_\_\_\_

**Nombre del Jefe de Familia:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento del Jefe de Familia:** \_\_\_\_\_ **Género de Nacimiento del Jefe de Familia:** \_\_\_\_\_

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

**Número Telefónico:** \_\_\_\_\_

**Número de Personas en el Núcleo Familiar:** \_\_\_\_\_

**Rango de Ingreso Anual:**

- \$0 - \$13,590
- \$13,591 - \$18,310
- \$18,311 - \$23,030
- \$23,031 - \$27,750
- \$27,751 - \$32,470
- \$32,471 - \$37,190
- \$37,191 - \$41,910
- \$41,911 - \$46,630
- \$46,631 & más

**Como fue usted referido a Compass Health Network? Plan de Marketing:**

- Agencia
- Letrero
- Amigo o Familiar
- Internet
- Periódico
- Otro Proveedor Médico
- Radio
- TV
- Otro: \_\_\_\_\_