

***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 nacimiento 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 registración central.)

**Seguro dental:**                           (Provea la tarjeta de seguro al personal de registración central.)

**Nombre contacto de emergencia:**

**Número telefónico:**

**Relación del contacto de emergencia con el cliente:**

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

**Relación del guardián con el paciente**:

**Número telefónico del guardián**:

**Dirección del guardián**:

**Estado de vivienda:**

☐ No Indigente

☐ Albergue para indigentes

☐ Allegado (vive con otros, “duerme en sofá”)

☐ Vivienda de transición (unidad pequeña por donde personas pasan después del albergue)

☐ Calle (vive en la calle, vehículo, a la intemperie o en un campamento)

☐ Otro (reside en un hotel/motel)

**Estatus de trabajador migratorio:**

☐ Migratorio

☐ No es granjero

☐ Trabajador temporario de agricultura o dependiente

**Berrera de idioma**: ☐No ☐Si

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

☐ India-americana o nativo de Alaska  Guamaniana o Chamorro ☐ Otras islas del Pacífico

☐ India asiática ☐ Japonesa  Samoana

☐ Negra o afroamericana  Coreana  Vietnamita

China ☐ Nativa hawaiana ☐ Blanca

☐ Filipina ☐ Otra asiática ☐ Sin Reportar/Declina Reportar

**Etnicidad:**

☐ Cubana

☐ Mexicana, mexicana americana, chicano/a

☐ Puertorriqueña

☐ Otro origen hispano, latino/a o español

☐ No 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**:**