Compass Health Network

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

POR FAVOR PRESENTE SU TARJETA DE SEGURO AL PERSONAL DE RECEPCION

Seguro Médico:_____

Información del Asegurado - si es otra persona, no el paciente

Nombre del Asegurado:_____

Fecha de Nacimiento:_____Número de Seguro Social:_____Sexo:☐ Masculino ☐Femenino

Relación con el Paciente:_____

Dirección (si es diferente a la del paciente):_____

Número Telefónico Principal:_____ Número Telefónico Alternativo:_____

Seguro Dental:_____

Información del Asegurado - si es otra persona, no el paciente

Nombre del Asegurado:_____

Relación con el Paciente:_____

Dirección (si es diferente a la del paciente):_____

Número Telefónico Principal:_____ Número Telefónico Alternativo:_____

Nombre Contacto de Emergencia: _____

Número Telefónico: _____

Relación del Contacto de Emergencia con el Cliente:_____

Padre/Guardián(es)	Padre/Guardián 1	Padre/Guardián 2
Nombre:		
Relación:		
Dirección:		
Número Telefónico:		
Fecha de Nacimiento		

☐ 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, intemperie o en un campamento)
☐ Otro (reside en un hotel/motel)

Condición 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
☐ Indio Asiática
☐ Negra o Africoamericana
☐ China
☐ Filipina
☐ Guamania o Chamorra
☐ Japonesa
☐ Koreana
☐ Nativo Hawaiana
☐ Otra Asiática
☐ Otra Isla del Pacífico
☐ Samoano
☐ Vietnamita
☐ Blanca
☐ Sin Reportar/Declina reportar

Etnicidad:

☐ Cubano
☐ Mejicano, Americo Mejicano, Chicano(a)
☐ Puerto Riqueño
☐ Otra Hispano, Latino/(a) o de origen 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**:**