

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 SÍ 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

¿Cubre el seguro dental el día de hoy?

Ver el seguro dental

¿Cubre el seguro dental el día de hoy?

¿Cubre el seguro dental el día de hoy?

Ver el seguro dental

Ver el seguro dental

Nombre Contacto de Emergencia: _____

Número Telefónico: _____

Relación del Contacto de Emergencia con el Cliente: _____

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: