

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: _____ Póliza de Seguro/ID del miembro _____

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: _____ Póliza de Seguro/ID del miembro _____

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)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Indio Americana o Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Guamanía o Chamorra | <input type="checkbox"/> Otra Isla del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Indio Asiática | <input type="checkbox"/> Japonesa | <input type="checkbox"/> Samoano |
| <input type="checkbox"/> Negra o Africoamericana | <input type="checkbox"/> Koreana | <input type="checkbox"/> Vietnamita |
| <input type="checkbox"/> China | <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiana | <input type="checkbox"/> Blanca |
| <input type="checkbox"/> Filipina | <input type="checkbox"/> Otra Asiática | <input type="checkbox"/> 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: