

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: _____ 2º Nombre: _____

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

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)

- 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: _____

Dirección del Jefe de Familia: _____ Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Número Telefónico: _____

Número de Personas en el Núcleo Familiar: _____ Rango de Ingreso Anual: _____

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

Agencia

Letrero

Amigo o Familiar

Internet

Periódico

Otro Proveedor Médico

Radio

TV

Otro: _____