NOAH
Neighborhood Outreach Access to Health

Registración para Paciente

Información del paciente

¡Por favor, avisenos si necesita ayuda completando esta forma!

Primer Nombre y apellido del paciente: _____

Padre/guardián/tutor (si es menor de 18): _____

Nombre preferido: _____

Pronombre:

- ☐ Ella
- ☐ Él
- ☐ Elle
- ☐ Otro _____
- ☐ Nombre del paciente
- ☐ Deseo no revelar

Fecha de Nacimiento: _____

SSN: _____

Sexo Legal:
- ☐ Mujer
- ☐ Hombre
- ☐ No binario
- ☐ X
- ☐ No se
- ☐ Deseo no revelar

La siguiente informacion se guardara en su record medico y nos ayudara a proveer un mejor cuidado personlizado. Favor de escoger la opcion que lo/la describa mejor. Nuestro sistema solo permite una seleccion..

Identidad de Género:
- ☐ Mujer
- ☐ Hombre
- ☐ No binario
- ☐ Cuestionando
- ☐ mujer transgenero
- ☐ hombre transgenero
- ☐ genero variante o tercer genero
- ☐ No se
- ☐ Otro _____
- ☐ deseo no revelar

Sexo asignado al nacer:
- ☐ Mujer
- ☐ Hombre
- ☐ Intersexual
- ☐ No se
- ☐ No se registro en la acta de nacimiento
- ☐ deseo no revelar

Orientación sexual:
- ☐ heterosexual
- ☐ bisexual
- ☐ homosexual
- ☐ lesbiana
- ☐ asexual
- ☐ omnisexual
- ☐ pansexual
- ☐ No se
- ☐ Otro _____
- ☐ deseo no revelar

Domicilio: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

- ☐ Permanente
- ☐ Temporal
- ☐ Confidencial
- ☐ Prefiero no revelar

Número de teléfono: (Cell) _____ **(Casa):** _____ **(Trabajo):** _____

Correo electrónico: _____

Estado Civil:
- ☐ Divorciado/a
- ☐ Unión libre
- ☐ Legalmente separado/a
- ☐ Casado/a
- ☐ Soltero/a
- ☐ Viudo/a
- ☐ Desconocido
- ☐ Otro _____
- ☐ deseo no revelar

Raza con la que más se identifica:

- ☐ Blanco/a
- ☐ Nativo/a de Alaska
- ☐ Indígena Norteamericano/a
- ☐ Negro/a Afroamericano/a
- ☐ Chino/a
- ☐ Filipino/a
- ☐ Japones/a
- ☐ Coreano/a
- ☐ Nativo de Hawái
- ☐ Otro asiático/a
- ☐ Mas de una raza
- ☐ isleño/a del pacífico
- ☐ Asiático/a
- ☐ caucásico/a
- ☐ No se
- ☐ Otro
- ☐ Prefiero no revelar

El grupo étnico

- ☐ Hispano/a Latino/a
- ☐ Otro/a Hispano/a, Latino/a, o de origen Español
- ☐ Cubano/a
- ☐ Mexicano/a, Mexicano/a Americano/a, o Chicano/a
- ☐ No Hispano/a o Latino/a
- ☐ Puertorriqueño/a
- ☐ No se
- ☐ Otra
- ☐ deseo no revelar

Grupo de origen étnico: _____

Información adicional del paciente

Estado de Trabajo:

- ☐ Trabajando tiempo completo
- ☐ Trabajando tiempo parcial
- ☐ No estoy trabajando
- ☐ Desempleado-Jubilado
- ☐ Desempleado por discapacidad
- ☐ En el militar
- ☐ Estacional (ciertas épocas del año)
- ☐ Trabajo por cuenta propia
- ☐ Estudiante tiempo completo
- ☐ Estudiante tiempo parcial
- ☐ No se
- ☐ Otro
- ☐ Prefiero no revelar

Empresa/Negocio de trabajo: _____

Ocupación:_____

Idioma de preferencia:_____

Necesita interprete:

☐ Si ☐ No

¿Cuál es su Idioma de preferencia en forma escrita?:

_____

¿Cuál es su idioma de preferencia al hablar?:

_____

Método de comunicación de preferencia:

- ☐ Correo
- ☐ Teléfono
- ☐ Correo electrónico
- ☐ Mychart (Portal de expediente medico electrónico)

Información Adicional

¿Es veterano o tiene estado militar?

- ☐ Si
- ☐ No

Información de Contacto de Emergencia

Nombre: _____ **Relación:**_____

Celular: _____ **Numero de casa:** _____

Información del seguro médico del paciente

Seguro medico principal: (Si aplicable):

_____

Nombre del titular:

_____

Relación al titular:

_____

Fecha de nacimiento del titular:

_____

Sexo del titular:

- ☐ Hombre
- ☐ Mujer
- ☐ No binario
- ☐ X
- ☐ No se

Seguro medico principal: (Si aplicable):

_____

Nombre del titular:

_____

Relación al titular:

_____

Fecha de nacimiento del titular:

_____

Sexo del titular:

- ☐ Hombre
- ☐ Mujer
- ☐ No binario
- ☐ X
- ☐ No se

Al firmar a continuación, declaro que la información en este formulario es verdadera y correcta a mi mejor entender. Yo declaro y doy mi consentimiento en recibir una encuesta relacionada con mi cuidado vía correo electrónico o texto.

_____ _____

Firma del paciente o Guardian/tutor **Fecha**

NOAH
Neighborhood Outreach Access to Health

Vivienda e Ingresos

Información del paciente

Primer Nombre y apellido: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Como un centro de salud comunitario, tenemos que preguntar las siguientes preguntas en cada visita. Esta información es necesaria para recibir fondos y poder servirle mejor a usted y miembros de nuestra cozmunidad.

1.

Seleccione Una	Situación de Vivienda
☐	Rento o soy dueño de mi casa. Vivo con mis padres/tutor legal. Vivo en una casa con compañeros de cuarto; todos compartimos la renta. Vivo en u dormitorio de colegio/universidad.
☐	Vivo temporalmente con otra persona; por ejemplo, duermo en el sofá.
☐	Me quedo en un albergue que ofrece comidas y un lugar para dormir; no puedo permanecer aquí por mucho tempo. Por ejemplo, albergue para indigentes
☐	Vivo en una vivienda temporal para ayudarme a encontrar mi propio hogar. Puedo permanecer aquí hasta dos años. Por ejemplo, vivienda para el tratamiento de consumo de drogas
☐	Vivo en una residencia pagada por asistencia de alquiler.
☐	Actualmente vivo en la calle, en mi coche, en un campamento.
☐	No tuve vivienda durante el año pasado y mi situación de vivienda no es ninguna de las opciones anteriores.
☐	Yo tengo una casa pero no puedo pagar la renta o hipoteca y/o me dijeron que tengo que desalojar.
☐	Yo vivo en un hotel.

2. ¿Cuántas personas hay en su hogar? _____

3. ¿Cuál es el ingreso mensual combinado del hogar?

☐ Menos de $500/mensual ☐ $501 - $1,000/mensual ☐ $1,001 - $2,500/mensual ☐ $2,501 - $4,000/mensual
☐ $4,001 - $5,500/mensual ☐ $5,501 - $7,000/mensual ☐ $7,001 - $8,500/mensual ☐ $8,501+/mensual

4. ¿Es migrante o trabajador estacional?

☐ Migrante ☐ Estacional ☐ Ninguno