

Información Familiar

Tamaño de familia: _____ Ingresos: _____ ciclo de ingresos: [] Semanal [] Mensual [] Anualmente

Apellido de la madre: _____ Primer Nombre: _____ Nombre de Soltera: _____

Como un centro de salud federalmente calificado y para mantener nuestros servicios asequibles, AIH&S recibe subvenciones. Para tener derecho a estos recursos hay que recopilar la siguiente información sobre todos nuestros clientes. Por favor apoye AIH&S respondiendo todas las preguntas.

Información del Seguro**Presente todas las tarjetas de seguro actuales para que podamos hacer una fotocopia**

Cobertura de seguro primario: _____

Cobertura de seguro secundario: _____

Si tiene un seguro privado y depende del seguro de otra persona, necesitaremos el siguiente:

Nombre completo del Titular de la póliza: _____ Fecha De Nacimiento: _____ Sexo: _____

Pacientes sin seguro: Hay programas disponibles para pacientes sin seguro o con seguro insuficiente. Comuníquese con un miembro del personal de recepción o llame a nuestra clínica al (805) 805-681-7144 para obtener más información.

¿Tiene una directiva anticipada?: [] Si [] No *Si, especifique el nombre del documentó:* _____¿Actualmente estas sin hogar?: [] Si [] No *Si, por favor indique si usted es :* [] Comparte [] Refugio

¿Eres un veterano de EE.UU.?: [] Si [] No [] Calle [] Transición

¿Eres trabajador de Campo?: [] Si [] No *Si, por favor indique si usted es :* [] Temporal [] Migrante

Si usted es miembro de una tribu de nativos americanos o nativos de Alaska, proporcione el nombre de la tribu y una copia de su documentación de membresía. **Especificar Nombre de la tribu (s):** _____

Divulgación de información / asignación de beneficios: American Indian Health & Services tiene mi permiso para divulgar información según sea necesario para el procesamiento del seguro y para que mi seguro libere el pago a American Indian Health & Services.

AUTORIZO EL TRATAMIENTO: Por la presente, otorgo autorización y consentimiento para tratamiento médico para mí o el paciente para el cual soy el padre o representante legalmente autorizado para el cual estoy firmando.

Firma del paciente o tutor si el paciente es menor de edad_____
Fecha_____
Imprimir nombre del Padre/ Guardián_____
Relación con el paciente

Office Use Only: [] Toolkit Provided [] Verified Patient Information [] Collected Photo ID/Insurance Card(s)

Reviewer's Initials: _____ Data Entry Completed by: _____ Date Scanned: _____

American Indian Health & Services

Nombre de paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Como parte de nuestro proceso de registro, le hacemos a cada paciente las siguientes preguntas para garantizar que podamos responder a sus necesidades de una manera que lo haga sentir más cómodo. La información colectada en este formulario ayudara a nuestros proveedores de atención médica a brindar servicios adecuados de prevención, detección y tratamiento. Por favor entregue formulario al personal de recepción. Toda la información se mantendrá confidencial.

Etnicidad

- Hispano
- No hispano
- Desconocido/a
- Negó a Responder

Raza

- Indio Americano o Nativo de Alaska
- Asiático
- Afro Americano
- Nativo de Hawái u otra isla de Pacifico
- Blanco
- Desconocido/a
- Negó a Responder

Sexo asignado al nacer

¿Qué sexo te asignaron al nacer?

- Masculino
- Femenina
- Indiferenciado/a
- Negó a Responder

Identidad de género

¿Cuál es su identidad de género actual?

- Masculino
- Femenina
- Transgénero mujer (Hombre a Mujer)
- Transgénero Hombre (Mujer a Hombre)
- Queer
- No-Binario, ni hombre ni mujer
- Otro
- Negó a Responder

Orientación sexual

¿Te consideras a ti mismo cómo?:

- Recto/Heterosexual
- Mayormente Heterosexual
- Bisexual
- Lesbiana, Gay u Homosexual
- No Se
- Otro
- Desconocido/a

Pronombre preferido

¿Cuál es tu nombre preferido? _____

¿Qué pronombre usas?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> El/el/su | <input type="checkbox"/> Ellos/ellos/sus |
| <input type="checkbox"/> Ella/ella/ella | <input type="checkbox"/> Nombre |
| <input type="checkbox"/> Desconocido | <input type="checkbox"/> Negó a Responder |