WESTCHESTER COMMUNITY HEALTH CENTER

□ Westchester Community Health Center Mount Vernon □ Westchester Community Health Center Greenburgh □ Westchester Community Health Center Yonkers
□ Westchester Community Health Center Lake Street □ Mobile Health Mobile

Formulario de registro de pacientes

Como centro de salud calificado federalmente, Westchester Community Health Center. Es necesario para recopilar información demográfica del paciente. Esta información se utilizará para ayudar en la coordinación de su atención, cobrar pagos y mejorar nuestra capacidad para brindarle un mejor servicio. La información que proporcionó es confidencial.

Gracias por elegir Westchester Community Health Center para sus necesidades de atención médica.

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo

Número de Seguro Social	Género		Fecha de nacimiento	Estado civil		
	☐Masculino	☐Hembra		☐Soltero	☐Casado	☐Otro

Ciudad y Estado de Nacimiento:	País de Nacimiento:
Dirección de la calle	**Ciudad**

Estado	Código postal	Correo electrónico	Teléfono principal		
		OK Para enviar por correo electrónico: □ Sí □ No	☐Hogar	☐Celda	☐Trabajo

Teléfono residencial		Teléfono celular		Teléfono del trabajo	

H: Está bien dejar un mensaje □ Sí □ No	C: OK Para enviar un mensaje de texto: □ Sí □ No	C: OK para dejar un mensaje: □ Sí □ No	
¿Cómo nos conociste?	☐Referencia de amigos ☐familiares	☐Derivación médica	☐Redes Sociales
☐Anuncio de televisión en línea☐	☐Anuncio en el periódico	☐Anuncio de radio	☐ Sitio web de WCHC
☐Departamento de Inscripción Facilitado por WCHC	☐Departamento de Extensión	☐Otro:	

Lengua materna	☐Inglés	☐Español
	☐Lenguaje de signos	☐Otro:

¿Cuánto dinero gana tu familia en un año antes de impuestos? $ ¿Cuál es el número total de personas en el hogar?

¿De dónde viene el dinero que recibe su familia?

Este centro de salud es un concesionario del Programa de Centros de Salud bajo 42 U.S.C 254b y se considera Empleado del Servicio de Salud Pública bajo 42 U.S.C 233 (g) – (n)

WESTCHESTER COMMUNITY HEALTH CENTER

Enumere los nombres de sus hijos menores de 18 años que viven en su hogar

Nombre (apellido, nombre)	Género	Fecha de nacimiento	Ciudad y Estado de Nacimiento	País de nacimiento

Información de los padres/ tutores: complete si el paciente es menor de 18 años				Parte responsable
Nombre de la madre	**DOB**	**Número de teléfono principal**	**Dirección principal**	☐
Nombre del padre	**DOB**	**Número de teléfono principal**	**Dirección principal**	☐
Nombre del guardián	**DOB**	**Número de teléfono principal**	**Dirección principal**	☐

Identidad de género		Orientación sexual	
☐**Hembra**	☐**Masculino**	☐**Heterosexual/Heterosexual**	☐**Homosexual/Gay**
☐**Consigue un transgénero (De mujer a hombre)**	☐**Mujer transgénero (De hombre a mujer**	☐**Bisexual**	☐**Incierto**
☐**No binario (Identificarse como cualquier género que no sea femenino u masculino**	☐**No reportado/rechazado**	☐**Otro:**	☐**No reportado/rechazado**

Raza		Origen étnico
☐**Afroamericano/Negro**	☐**Caucásico/Blanco**	☐**Latino/Hispano**
☐**Indio americano o nativo de Alaska**	☐**Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico**	☐**No latino/hispano**
☐**Asiático**	☐**Otro:**	☐**Optó por no revelar/se negó**
☐**Más de una carrera**	☐**Optó por no revelar/se negó**	☐**Otro:**

VERIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD Y REFUGIO

Deshabilitado	Sí	No	Condición de persona sin hogar		Estado de trabajo		
			☐**No es una persona sin hogar**	☐**Refugio** ☐**Duplicación**	☐**Migrante**	☐**No es migrante**	
			☐**Transicional**	☐**Vivienda de Apoyo Permanente**	☐**Estacional**		
			☐**Calle** ☐**Negado**	☐**Otro**_____	Veterano	☐**Sí**	☐**No**

Este centro de salud es un concesionario del Programa de Centros de Salud bajo 42 U.S.C 254b y se considera Empleado del Servicio de Salud Pública bajo 42 U.S.C 233 (g) – (n)

WESTCHESTER COMMUNITY HEALTH CENTER

CONTACTO DE EMERGENCIA

Relación del paciente con el contacto de emergencia	☐**Niño**	☐**Padre**	☐**Esposo**	☐**Otro:**

Nombre	**Segundo nombre**	**Apellido**	**Sufijo**

Dirección de la calle	**Ciudad**

Estado:	**Código postal:**		Teléfono principal		
			☐**Hogar**	☐**Celda**	☐**Trabajo**

Teléfono residencial		**Teléfono celular**		**Teléfono del trabajo**	

Información adicional

¿Necesita servicios de traducción en un idioma que no sea el inglés? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿cuál es su idioma preferido?

¿Tiene problemas de audición? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿necesita servicios de intérprete de lenguaje de señas? ☐ Sí ☐ No

¿Está discapacitado o requiere algún tipo de asistencia no mencionada anteriormente? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, explique:

¿Tiene seguro médico? ☐ Sí ☐ No

¿Te gustaría solicitar un seguro médico? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene una Directiva Anticipada / Testamento Vital? ☐ Sí ☐ No (En caso afirmativo, proporcione una copia para que conste).

¿Tiene un médico de atención primaria o un dentista de atención primaria? ☐ Sí ☐ No

***En caso afirmativo, escriba el nombre de su médico de atención primaria: Número de teléfono:**

Dentista de Atención Primaria: Número de teléfono:

Si no es así, ¿le gustaría que el centro de salud fuera su médico de atención primaria o dentista de atención primaria?
☐ Sí ☐ No

Nombre de la farmacia preferida: Número de teléfono de la farmacia:

Información sobre seguros privados o de Medicare (solamente)

Nombre de la compañía de seguros:

Póliza / Número de identificación: Número de teléfono:

Nombre del suscriptor: Fecha de nacimiento del suscriptor:

Este centro de salud es un concesionario del Programa de Centros de Salud bajo 42 U.S.C 254b y se considera Empleado del Servicio de Salud Pública bajo 42 U.S.C 233 (g) – (n)

WESTCHESTER COMMUNITY HEALTH CENTER

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: Por la presente reconozco que mi firma a continuación también confirma que he recibido una copia de las Prácticas de Privacidad de los Servicios del Centro de Salud Comunitario de Westchester, la Declaración de Derechos del Paciente y las Responsabilidades del Paciente.

FIRMA DEL PACIENTE/GARANTE

_____, doy fe de que la información facilitada al respecto
La forma es verdadera y precisa lo mejor que puedo.

Paciente / Tutor Signatura_____ Fecha: _____

Relación con el paciente: _____ Fecha: _____

Solo para uso de oficina:

Registrar Full Name: _____

Registrar Signature: _____

Date completed: _____

Sliding Fee: _____

Refusal Reason: _____
_____
_____

Este centro de salud es un concesionario del Programa de Centros de Salud bajo 42 U.S.C 254b y se considera Empleado del Servicio de Salud Pública bajo 42 U.S.C 233 (g) – (n)