

BIENVENIDO AL CENTRO DE SALUD DE KC CARE

POR FAVOR COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN



INFORMACIÓN DEL PACIENTE									
PRIMER NOMBRE LEGAL				APELLIDO LEGAL					
FECHA DE NACIMIENTO		# DE SEGURO SOCIAL		NOMBRE DE PREFERIDO					
DOMICILIO ACTUAL				DOMICILIO ACTUAL – SI ES DIFERENTE					
DIRECCIÓN (NÚMERO/CALLE)				DIRECCIÓN (NÚMERO/CALLE)					
CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CONDADO	CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CONDADO
COMUNICACIÓN DEL PACIENTE									
TELÉFONO DE CASA ()		TELÉFONO CELULAR ()		CORREO ELECTRÓNICO					
¿Desea inscribirse en el portal del paciente para acceder de forma segura a su información de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No									
Método de contacto preferido <input type="checkbox"/> Teléfono de Casa <input type="checkbox"/> Teléfono Celular <input type="checkbox"/> Mensaje de Texto <input type="checkbox"/> Correo Electrónico									
EMPLEO DEL PACIENTE									
<input type="checkbox"/> Tiempo Completo	<input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia	<input type="checkbox"/> Tiempo Parcial	<input type="checkbox"/> Retirado/a	<input type="checkbox"/> Desempleado	<input type="checkbox"/> Militar Activo				
Empleador:				Título profesional:					
INFORMACIÓN DEL PACIENTE ADICIONAL									
<i>Como Centro de Salud Federalmente Calificado, KC CARE está obligado a recopilar la siguiente información solo con fines estadísticos. Esto se notifica en conjunto. No se informa de información individual del paciente. La recopilación de esta información también es requerida por nuestros financiadores de subvenciones. Gracias por su cooperación.</i>									
SEXO AL NACER <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		IDIOMA DE PREFERENCIA <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> OTRO: _____		ESTADO DE VETERANO ¿Usted es un veterano de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
IDENTIDAD DE GÉNERO ACTUAL <i>El género que identifica, independientemente de su sexo biológico/ sexo al nacer.</i> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Femenino-Masculino/Varón Transgénero/ Varón Trans <input type="checkbox"/> Masculino-a Femenino/Mujer Transgénero/ Mujer Trans <input type="checkbox"/> Genero Queer- no exclusivo <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Elija no revelar		GRUPO ÉTNICO ¿Usted tiene origen hispano o latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		ESTADO DEL ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> No es un estudiante					
ORIENTACIÓN SEXUAL <i>(Su Identidad Sexual)</i> <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Lesbiana, Gay u Homosexual <input type="checkbox"/> Algo Diferente: _____ <input type="checkbox"/> No Sabe <input type="checkbox"/> Elija no revelar		RAZA <i>Marque que las apliquen</i> <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco/ Anglosajón		ESTADO AGRÍCOLA ¿En los últimos dos años, usted o un miembro de su familia ha trabajado en la agricultura o la agricultura como su empleo principal? <input type="checkbox"/> Sí – Trabajo de Temporada <input type="checkbox"/> Sí – Trabajo Migratorio <input type="checkbox"/> No					
ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Compañero de vida <input type="checkbox"/> Separado/a		ESTADO DE VIVIENDA <input type="checkbox"/> No tiene una vivienda estable: <input type="checkbox"/> Vive en las calles <input type="checkbox"/> Convive con amigos <input type="checkbox"/> Vivienda Transitoria <input type="checkbox"/> Refugio de Indigentes <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Tiene una vivienda estable: <input type="checkbox"/> Propietario <input type="checkbox"/> Rento							

INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE – Si es diferente del paciente			
PRIMER NOMBRE LEGAL		APELLIDO LEGAL	
FECHA DE NACIMIENTO	# DE SEGURO SOCIAL	RELACIÓN DEL PACIENTE CON EL/LA RESPONSABLE <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro: _____	
DIRECCIÓN (NÚMERO/CALLE)		TELÉFONO DE CASA	TELÉFONO CELULAR
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO
TESTAMENTO DE VIDA MÉDICO DEL PACIENTE			
¿Tiene usted un testamento de vida médico? Por ejemplo, testamento vital, no resucitar o Poder Judicial		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
CONTACTOS DEL PACIENTE- Por favor enumere uno o más contactos de emergencia			
NOMBRE		RELACIÓN	
NÚMERO DE TELÉFONO	<input type="checkbox"/> Contacto de Emergencia <input type="checkbox"/> Contacto Principal <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Reside con Paciente		
NOMBRE		RELACIÓN	
NÚMERO DE TELÉFONO	<input type="checkbox"/> Contacto de Emergencia <input type="checkbox"/> Contacto Principal <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Reside con Paciente		
SEGURO MÉDICO			
<input type="checkbox"/> No tiene seguro médico			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no tiene seguro médico, ¿le gustaría que un navegador de seguros de salud se comunique con usted para hablar sobre su elegibilidad para el seguro de salud de Medicaid, Medicare o Marketplace- y le ayude a solicitarlo?			
NOMBRE DEL SEGURO PRIMARIO		# DE PÓLIZA	# DE GRUPO
NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	RELACIÓN DEL PACIENTE CON EL TITULAR DE LA PÓLIZA <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro: _____
NOMBRE DE SEGURO ADICIONAL- Si corresponde		# DE PÓLIZA	# DE GRUPO
NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	RELACIÓN DEL PACIENTE CN EL TITULAR DE LA PÓLIZA <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro: _____
FARMACIA PRINCIPAL			
<input type="checkbox"/> KC CARE <input type="checkbox"/> OTRO (NOMBRE & UBICACIÓN):			
MÉDICO DE CABECERA			
NOMBRE Y APELLIDO:		<input type="checkbox"/> NO TIENE UN MÉDICO DE CABECERA	
¿COMO SE ENTERÓ DE NOSOTROS?			
<input type="checkbox"/> OTRO PACIENTE <input type="checkbox"/> INTERNET <input type="checkbox"/> FOLLETO <input type="checkbox"/> REDES SOCIALES <input type="checkbox"/> BOCA DE BOCA <input type="checkbox"/> RECOMENDACIÓN <input type="checkbox"/> OTRO:			

Al firmar a continuación, acepto que toda la información que he proporcionado es verdadera y precisa según mi conocimiento y entendimiento. Acepto proporcionar información actualizada si hay algún cambio en mis ingresos, empleo, familia y/o seguro.

Por favor proporcione la firma y la relación del tutor si el paciente es menor de 18 años.

Firma del Paciente / Tutor

Fecha

Relación de Tutor

En caso de inclemencias del clima, consulte nuestro sitio web, kccare.org o redes sociales para obtener la información más actualizada sobre los cierres.