



# Centro de Salud Pública – Forma Para Información Del Paciente

Favor de completar toda la información solicitada para que podamos contactarlo/a en dado caso de que necesite exámenes adicionales o tratamiento, o si falta a su cita.



**Nombre del paciente:**

\_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_ Jr/Sr I II III

**Otro nombre usado:**

\_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_ Jr/Sr I II III

**Fecha de nacimiento:**

\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
Mes Día Año

**Sexo:**  Hombre  Mujer  Transgenero  Otro

**HIE Compartir Entrada:**  Sí  No

**Estado de Vivienda:**  No estoy desamparado/a  Desamparado: Estoy en un albergue: \_\_\_\_\_

Desamparado: Viviendo temporalmente dentro de un lugar provisional (edificio abandonado, tejadillo, etc.) Nombre del albergue \_\_\_\_\_

Desamparado: Usando cupón para quedarse en hotel/motel por noche

Desamparado: Viviendo afuera (durmiendo afuera, carpa, etc.)

Desamparado: Viviendo temporalmente con familiares, o amigos/as (durmiendo en un sofa, etc.)

Desamparado: Otro (especifique) \_\_\_\_\_

**Dirección actual:**

\_\_\_\_\_ dirección (si desamparado, en que esquina y ciudad esta) # de apt \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

**Numero telefónico de casa:**

(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Otro # de contacto:**

(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Numero celular o de beeper (circulé)

**Apellido de soltera de su mama:**

\_\_\_\_\_

**Correo electrónico** (opcional) \_\_\_\_\_

**Lugar de trabajo/escuela:**

\_\_\_\_\_

**Numero telefónico de trabajo:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Lugar de nacimiento:**

CA  Otro Estado (especifique) \_\_\_\_\_  País de Origen (especifique) \_\_\_\_\_

**Seguro Social #:** \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

**Numero de Medi-Cal:** \_\_\_\_\_

**Numero de Medicare:** \_\_\_\_\_

**Cobertura médica:**  Si, tengo seguro médico  No tengo seguro médico  Pago por mi cuenta  No Pago **Numero del Asegurado:** \_\_\_\_\_

**Seguro Primario:**

\_\_\_\_\_ Nombre de la Compañía de Seguro \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_ Numero del Grupo \_\_\_\_\_

**Relación al Asegurado:**  Espos/a  Hijo/a  Yo Mismo  Otro

**Estado Civil del Paciente:**  Casado/a  Soltero/a  Divorciado/a  Separado/a  Pareja doméstica  Viudo/a

**Nombre de Espos/a/ Pareja:**

\_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_ Jr/Sr I II III

**Raza/Etnia:**

Blanco  Negro  Hispano  Indio Americano/Eskimo/Aleut  Asiático

Hawaiano Nativo / Isla del Pacifico  Filipino  Desconocido  Otro

**Idioma preferido:**

Inglés  Español  Cantonese  Mandarin  Vietnamés  Coreano  Tagalo  Armenio  Camboyano

Ruso  Persa/Farsi  Otro (especifique) \_\_\_\_\_  Prefiero Lenguaje de señas americano

**Nombre completo de su mama:**

\_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

**Nombre completo de su papa:**

\_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

## Persona a notificar en caso de emergencia

**Parentesco:**

Padre/Madre

Esposa/o

Tutor

Pareja Doméstica

Hermano/a

Amigo/a

Otro

\_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_ Jr/Sr I II III

\_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ # de Apt \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

**Teléfono:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ **Cellular/trabajo:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

(office use only)

**PF#:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_ **Updated on:** \_\_\_\_\_ **CAIR #:** \_\_\_\_\_