

COVID-19 Formulario de Registro de Nuevo Paciente

Por favor, complete y solicite ayuda si tiene preguntas.

Fecha de Hoy: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Dirección : _____

Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de casa #: _____ Móvil #: _____ Correo electrónico: _____

Farmacia Preferida: _____

Nombre Calle Ciudad

¿Qué idioma se siente más cómodo hablando? Inglés Español

Otro: _____

¿Qué tan bien entiende inglés? Muy Bien Moderada Muy poco Ninguna

¿Tiene Seguridad Social?: Sí No ITIN Sí No

Seguridad Social O ITIN #: _____

¿Su número de Seguridad Social es solo para empleo? yes No

Nombre de contacto de emergencia: _____ Relación: _____

Telefono # () _____

Si menor, nombre de padre #1: _____ Si menor, nombre de padre #2: _____

1. ¿Tiene seguro médico? Sí No Si lo tiene, que compañía de seguros? _____

2. ¿Tiene Medi-Cal?: Sí No
Si lo tiene, es Medi-Cal de Emergencia? Sí No

3. ¿Tiene Contra Costa Health Plan? Sí No
Si NO, ya ha aplicado? Sí No

Sus respuestas a las siguientes preguntas nos ayudarán a brindarle un mejor servicio y continuar brindando servicios a nuestra comunidad. Como toda su información médica, estas respuestas se mantendrán confidenciales y protegidas.

¿El trabajo agrícola estacional o migrante es su principal fuente de ingresos o la de su familia?

Estacional Migrante No Prefiero no responder

¿Ha servido en las fuerzas armadas de los Estados Unidos?

Sí No Prefiero no responder

¿Es usted hispano o latino?

Sí No Prefiero no responder

¿Cuál es su situación actual de vivienda?

- Pago alquilar
- Soy dueño de una casa
- Vivo en casa de un familiar o amigo
- Hotel
- Coche
- Albergue
- Calle, parque, fuera de casa



¿Cuál es su raza? Marque todas las que correspondan.

- Indígena de los EE.UU./ nativo de Alaska
- Asiático
- Negro / afroamericano
- Nativo de Hawái
- Residente de las Islas del Pacífico
- Blanco
- Otro
- Prefiero no responder

¿Cuántos miembros de su familia viven con usted?

¿Cuál fue el ingreso total combinado de usted y los miembros de su hogar el año pasado? _____

Estado de Empleo

- Empleado a tiempo completo
Nombre de empleador: _____
Trabajo: _____
- Empleado a tiempo parcial
- No empleado

¿Cuál es el nivel de escuela más alto que ha completado?:

- Menos de graduado de escuela secundaria
- Graduado de escuela secundaria
- Algún universidad / título asociado
- Licenciatura

¿Está incapacitado? Sí No

¿Cómo se enteró de nuestra clínica?

Piensa en usted mismo como:

- Lesbiana, gay, u homosexual
- Heterosexual
- Bisexual
- Otro (por favor especifique): _____
- Yo no sé
- Prefiero no responder

¿Cuál es su identidad de género actual? (Por favor seleccione todas las respuestas válidas)

- Hombre
- Mujer
- Hombre transgénero
- Mujer transgenero
- Género cuir/género queer o no-binario
- Otro (por favor especifique): _____
- Prefiero no responder

¿Qué sexo le asignaron al nacer, en su acta de nacimiento original?(por favor seleccione uno)

- Mujer
- Hombre

¿Cuáles son sus pronombres preferidos?

- Ella
- Él
- Elly
- Otro: _____

Estado Civil:

- Soltero Casado Separado
- Divorciado Viudo Socio doméstico

Entiendo que mi información médica es confidencial. Autorizo el intercambio entre esta clínica y cualquier otros proveedores u organizaciones solo si es necesario para el tratamiento, pago, u operaciones de atención médica. Una copia de los derechos del paciente y pólizas de confidencialidad están disponibles a pedido.

POR LA PRESENTE AUTORIZO LAS PRUEBAS DE COVID-19, EL TRATAMIENTO DE COVID-19 Y LA VACUNA CONTRA COVID-19 EN LA CLÍNICA BRIGHTER BEGINNINGS:

Sí No Iniciales: _____

Firma de Paciente o Guardián legal: _____ Fecha: _____