

Formulario de Registro

Demografía		
Apellido Paterno:	Nombre:	Segundo Nombre o Inicial:
Preferred name:	Otros Nombres Usados:	
Sexo (legal):	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> X
Identidad de genero:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> M to F <input type="checkbox"/> F to M <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Fecha de Nacimiento: (Mes / Día / Año)	Número Seguro Social:	
Dirección Física:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Dirección Postal: (si es diferente a la de arriba)		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Número de teléfono celular:	Número de teléfono hogar:	
Número de teléfono trabajo:	Otro: (
¿Necesitamos comunicarnos con usted a una dirección postal diferente a la arriba indicada, algún otro número de teléfono, o a través de algún otro método para asuntos confidenciales?		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, _____		
Estado civil: <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Pareja doméstica <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Otro: _____		
¿Cuál es su lenguaje principal? _____		¿Necesita un Intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Etnicidad:	Raza Marque: (todos los encasillados que correspondan)	
<input type="checkbox"/> Cubano	<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Otro: asiático
<input type="checkbox"/> Mexicano, mexicano americano, chicano/a	<input type="checkbox"/> Indio americano	<input type="checkbox"/> Otro: isleño del Pacífico
<input type="checkbox"/> Puertorriqueño	<input type="checkbox"/> Indio asiático	<input type="checkbox"/> Guameño o chamorro
<input type="checkbox"/> Otro: hispano, latino/a o de origen español	<input type="checkbox"/> Africano americano/negro	<input type="checkbox"/> Samoano
<input type="checkbox"/> Múltiple origen hispano, latino/a o español	<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Vietnamita
<input type="checkbox"/> No-hispano o latino/a	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Blanco
<input type="checkbox"/> Reúsa responder	<input type="checkbox"/> Japones	<input type="checkbox"/> Reúsa responder
<input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Desconocido
	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái	
Contacto De Emergencia		
Nombre:	Relación:	
Teléfono: () -	Teléfono alternativo: () -	
¿Es Usted el Guardián Legal del Cliente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Fiador (Persona que se responsabiliza a pagar)		
Apellido Paterno:	Nombre:	Segundo Nombre o Inicial:
Apellido de Nacimiento:	Fecha de Nacimiento: (Mes / Día / Año)	
Dirección Postal:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Relación:		



Name _____
Client # _____ DOB _____

Verificación Financiera Para Descuento Por Escala Salarial

Nombre del Cliente: _____ Fecha de Nacimiento del Cliente: _____
 Apellido Paterno / Nombre / Segundo Nombre, o Inicial Mes/Día/Año

Marque aquí si es la misma persona que el cliente

Fiador: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Apellido Paterno Nombre Segundo Nombre Mes/Día/Año

¿Tiene trabajo? Sí No

Vivienda: Propia Rentada Otro – por favor explique _____

Registre su ingreso bruto mensual ANTES DE RESTAR los impuestos y para TODOS los miembros de su hogar (Si sus ingresos han cambiado para su próxima cita, usted es responsable de informarlo al personal de registro)

Origen del Ingreso	Cantidad
Salario del Cliente	
Salario del Esposo o la Esposa	
Sueldo / salario de su Pareja	
Sueldo / salario de su Padre, Madre o Guardián	
General Assistance (ayuda general) o AFS / AFDS (ayuda económica para ciertas familias) / Asistencia en efectivo / Cupones de alimentos	
Workers' Compensation (compensación al trabajador / Unemployment Insurance (seguro por desempleo)	
Housing Assistance (ayuda para su vivienda) - Cantidad que la agencia federal HUD paga	
Becas Para Educación / Préstamos Estudiantiles	
Ingreso por Discapacidad / Seguro Social Suplementario / SSI (Social Security)	
Pensión / Veterano / Jubilación	
Pensión Alimenticia tras Divorcio u Obligación para Menores	
Dividendos / Beneficios por Inversiones	
Otros Orígenes de Ingresos - Explique	
Total de Ingresos Mensuales	
Total de Ingresos Anuales (x 12 meses)	\$

¿A cuántas personas (de cada categoría de edad) sostienen estos ingresos y viven en el hogar?

Entre 0 y 5 años _____ Entre 6 y 17 años _____ Entre 18 y 64 años _____ 65 años y mayores _____

Yo acepto las condiciones detalladas arriba y concuerdo que la información que proporciono es verídica y correcta según mi mejor entendimiento

Firma

Fecha

FOR OFFICE USE ONLY DISCOUNT % _____ INITIALS: _____ TERM _____
 Start Finish

El Centros Comunitarios de Salud de los Condados Benton y Linn tiene la habilidad de ayudar a sufragar el costo de las visitas de los pacientes por medio de becas y apoyo gubernamental. Como resultado de esto, nos requieren que recojamos información financiera y sobre vivienda acerca de cada uno de nuestros pacientes. Nosotros entendemos que esta información es muy personal y continuaremos protegiendo su confidencialidad tanto con esta información como con su información personal de salud.

Información Sobre Empleo

¿Ha trabajado usted o cualquier persona dentro de su grupo familiar en cualquiera de las industrias que se mencionan a continuación? Por favor marque todas las que apliquen:

Huertos

Empacadoras (frutas, vegetales, cajas de regalo)

Reforestación / sembrando árboles

Viñedos

Crops Cosechando / cultivando (frutas, vegetales, flores, árboles, hongos, etc.)

Si usted marcó alguno de los encasillados arriba mencionados, ¿Requirió su trabajo, en cualquier momento, que su familia se mudara? Sí No

¿ Ha sido miembro de las fuerzas armadas? Sí No

Patrón/empleador (opcional):

Información Sobre Vivienda

¿Están usted y su familia viviendo con otras personas? Sí No

En los pasados 24 meses, ¿Se han visto usted y su familia forzados a mudarse a alguna situación temporal debido a los costos de vivienda? Sí No

En los pasados 24 meses, ¿Ha vivido usted o algún miembro de su familia en cualquiera de los siguientes?: refugio vivienda transitoria campamento o en la calle

Información Seguro Médico

¿Tiene Seguro Médico de Salud? Yes No

Yo no tengo seguro médico o tengo un seguro con un deducible muy alto y me gustaría solicitar la ayuda de acuerdo a la escala salarial para ayudar a cubrir el costo de mis visitas. (Se le podría pedir que provea verificación de sus ingresos por medio de talones de cheque o documentos sobre sus contribuciones de ingresos).

Nombre del Seguro Principal:

Dirección Postal del Seguro:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Teléfono:

Nombre de la Persona Principal en el Seguro:

Relación Con el Cliente:

Dirección Postal:

Teléfono:

Número de Identificación del Seguro:

Número de Grupo:

¿Tiene usted algún seguro medico adicional? Sí No

Las siguientes preguntas son opcionales y sus respuestas son confidenciales. Nos gustaría que nos dijera cuál es su raza, grupo étnico, idioma y niveles de discapacidad para que podamos encontrar y abordar las diferencias de salud y servicios.

Puede recibir este documento en otros idiomas, en letra grande, en braille o en el formato que usted prefiera. Aceptamos llamadas de retransmisión o puede llamar al 711. Por favor comuníquese con _____ a _____
 Fecha de hoy: _____ Número de expediente médico (si corresponde): _____
 Primer nombre: _____ Inicial del 2.º nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

Raza y grupo étnico

1. ¿Cómo identifica usted su **raza, grupo étnico, origen tribal, país de origen o ascendencia**?

2. ¿Cuál de las siguientes opciones describe su **identidad racial o étnica**? Marque **TODAS** las opciones que correspondan.

Hispano(a) y Latino(a/x)

- Centroamericano(a)
- Mexicano(a)
- Sudamericano(a)
- Hispano(a) o latino(a/x) de otro origen

Indígena de Hawái y Isleño(a) del Pacífico

- Chamoru (chamorro(a))
- Marshalés(a)
- Comunidades de la región de Micronesia
- Nativo(a) de Hawái
- Samoano(a)
- Nativo(a) de otras Islas del Pacífico

Blanca

- De Europa del Este
- Eslavo(a)
- De Europa Occidental
- Otro grupo étnico blanco

Indígenas norteamericanos y nativos de Alaska

- Indígena estadounidense
- Nativo(a) de Alaska
- Inuit canadiense, métis o indígena canadiense (First Nation)
- Indígena mexicano, centroamericano o sudamericano

Negro(a) y afroestadounidense

- Afroestadounidense
- Afrocaribeño(a)
- Etíope
- Somalí
- Africano(a) de otro origen (negro)
- Otro grupo étnico negro

De Oriente Medio/del Norte de África

- De Oriente Medio
- Del Norte de África

Asiática

- Indígena asiático(a)
- Camboyano(a)
- Chino(a)
- Comunidades de Myanmar
- Filipino(a)
- Hmong
- Japonés(a)
- Coreano(a)
- Laosiano(a)
- Del sur de Asia
- Vietnamita
- Otros asiáticos

Otras categorías

- Otra (*indique*) _____
- No sé
- No deseo responder

3. Si marcó **más de una** de las categorías anteriores, ¿hay **una** que usted crea que sea su **principal** identidad racial o étnica?

- Sí. Encierre en un círculo su principal identidad racial o étnica.
- No tengo solo una identidad racial o étnica principal.
- No. Me identifico como birracial o multirracial.
- N/A. Solo marqué una de las categorías anteriores.
- No sé
- No deseo responder

(To be filled in by agency or clinic staff)

Agency or clinic: _____

Agency staff or provider name or ID: _____

Phone: _____

Address: _____

Idioma (Hay intérpretes disponibles sin costo)

4a. ¿Qué idioma o idiomas **usa usted en su hogar?** _____

Pase a la pregunta 7 si respondió solo inglés

4b. ¿En qué idioma desea que nos comuniquemos con usted en **persona, por teléfono o virtualmente?** _____

4c. ¿En qué idioma desea que le **escribamos?** _____

5a. ¿Necesita o desea un **intérprete** para que podamos comunicarnos con usted?

- Sí No No sé No deseo responder

5b. Si necesita o desea un intérprete, ¿qué tipo de intérprete prefiere?

- Intérprete de lenguaje hablado Intérprete de sordos para sordociegos y otras barreras adicionales, o ambos
 Intérprete de lengua de señas Intérprete de lengua de señas de contacto (PSE, por sus siglas en inglés) estadounidense
 Otros (*por favor, mencione*): _____

Pase a la pregunta 7 si no usa otro idioma que no sea el inglés o la lengua de señas

6. ¿Qué tan bien habla inglés?

- Muy bien Bien No bien Nada No sé No deseo responder

Sus respuestas nos ayudarán a encontrar las diferencias en la salud y los servicios entre las personas con o sin dificultades funcionales. Sus respuestas son confidenciales. (*Por favor, escriba "no sé" si no sabe cuándo contrajo esta condición, o "no deseo responder" si no quiere responder la pregunta)		Sí	*Si es así, ¿a qué edad inició esta condición?	No	No sé	No deseo responder	No sabe qué se le pregunta en esta pregunta
7.	¿Es usted sordo/a o tiene dificultades serias para oír?						
8.	¿Es usted ciego/a o tiene dificultades serias para ver , aunque lleve puestos lentes?						
Deténgase aquí si usted/la persona tiene menos de 5 años							
9.	¿Tiene dificultades serias para caminar o subir escaleras?						
10.	Debido a una afección física, mental o emocional, ¿tiene serias dificultades para concentrarse, recordar o tomar decisiones?						
11.	¿Tiene dificultades para vestirse o bañarse?						
12.	¿Tiene dificultades serias para aprender a hacer cosas que la mayoría de las personas de su edad pueden aprender?						
13.	Cuando usa su idioma habitual (de costumbre) , ¿tiene serias dificultades para comunicarse (por ejemplo, para comprender y hacerse comprender por los demás)?						
Deténgase aquí si usted/la persona tiene menos de 15 años							
14.	Debido a una afección física, mental o emocional , ¿tiene usted dificultades para hacer mandados solo(a) , como visitar un consultorio médico o ir de compras?						
15.	¿Tiene serias dificultades con lo siguiente: su estado de ánimo, la intensidad de sus emociones o para controlar su comportamiento, o tiene delirios o alucinaciones?						

Orientación Sexual e Identidad de Género (SOGI)

Sexualidad		
Orientación sexual:	<input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Gay <input type="checkbox"/> Lesbiana <input type="checkbox"/> Pansexual <input type="checkbox"/> Queer	<input type="checkbox"/> Omnisexual <input type="checkbox"/> Asexual <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Se niega a contestar
Identidad de Género		
Identidad de género:	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Mujer transgénero <input type="checkbox"/> Hombre transgénero <input type="checkbox"/> No binario	<input type="checkbox"/> Género queer <input type="checkbox"/> Cuestionándose <input type="checkbox"/> Ambos géneros <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Se niega a contestar
Sexo asignado en el momento del nacimiento:	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Intersexual	<input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No registrado en el certificado de nacimiento <input type="checkbox"/> Se niega a contestar
Pronombres		
Pronombres:	<input type="checkbox"/> Ella/ella/su <input type="checkbox"/> Él/él/su <input type="checkbox"/> Ellos/ellos/suyos <input type="checkbox"/> Ze/hir/hirs <input type="checkbox"/> Ey/em/eirs <input type="checkbox"/> Xe/xem/xyrs	<input type="checkbox"/> Ve/vir/vis <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Nombre del paciente <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Se niega a contestar



Etiqueta del paciente

Historial médico y social pediátrico - De 0 a 15 años

INFORMACIÓN DEL PACIENTE													
Apellido:				Nombre:				Segundo nombre:					
Fecha de hoy: / /				Fecha de nacimiento: / /									
Nombre del padre/tutor:				Relación:									
Cosas que quiero hablar en la primera visita:													
Cosas que me gustaría que el proveedor hablara con el niño:													
Alergias:													
Medicamentos actuales: <i>Indique los medicamentos con receta, los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos a base de hierbas.</i>													
Nacimiento: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Problema: _____				Parto: <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> Problema: _____									
Peso al nacer: _____				Problema al nacer o poco después: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: _____									
Otros hijos o historial médico anterior:													
Proveedor de atención primaria más reciente (<i>medicina familiar o pediatría</i>):													
Hospitalización y cirugías:								Fecha:					
HISTORIAL MÉDICO: <i>Marque todas las opciones que correspondan.</i>													
	Hijo	Madre	Padre	Hermana	Hermano	Otro		Hijo	Madre	Padre	Hermana	Hermano	Otro
Abuso de alcohol / drogas							Trastornos musculoesqueléticos						
Alergias nasales / oculares							Trastornos del sistema nervioso						
Artritis							Obesidad						
Asma							Osteoporosis						
Sangrado / Trastorno de la sangre							Anemia falciforme						
Cáncer							Derrame cerebral / coágulo de sangre en el brazo / pierna						
Depresión							Enfermedad de tiroides						
Diabetes							Tuberculosis						
Enfermedades genéticas / defectos de nacimiento							Colitis						
Dolores de cabeza/migrañas							Enfermedad ocular						
Problemas cardíacos (infarto / angina)							Deficiencia de hierro						
Colesterol alto							Enfermedad del hígado / hepatitis						
Presión alta							Psoriasis / Eccema						
Enfermedades de los riñones							Muerte súbita e inexplicable						
Enfermedad mental / Intento de suicidio							Otro: (describir)						

Continúa en la siguiente página

Historial médico y social pediátrico - continuación

GRUPO FAMILIAR:			
Nombre	Relación	Edad	Comentarios
AMBIENTALES: ¿Le preocupan cuestiones que puedan afectar a la salud y seguridad de su hijo? Marque las casillas correspondientes y explique.			
<input type="checkbox"/> Seguridad en casa (químicos, armas, etc.):			
<input type="checkbox"/> Seguridad en el barrio:			
<input type="checkbox"/> Seguridad en las relaciones:			
<input type="checkbox"/> Alcohol, tabaquismo, consumo de drogas:			
<input type="checkbox"/> Cambios en casa en el último año:			
<input type="checkbox"/> Otras preocupaciones en casa o en el barrio:			
PERSONALES: ¿Le preocupa la salud física, mental, emocional o social de su hijo? Marque las casillas correspondientes y explique.			
<input type="checkbox"/> Indique los puntos fuertes/intereses de su hijo:			
<input type="checkbox"/> ¿Qué le gusta hacer con su hijo?			
<input type="checkbox"/> Nutrición y hábitos alimentarios:			
<input type="checkbox"/> Sueño: N.º de horas de sueño en 24 horas:		<input type="checkbox"/> Otras preocupaciones sobre el sueño:	
<input type="checkbox"/> Desarrollo del aprendizaje:			
<input type="checkbox"/> Preocupaciones de peso o crecimiento:			
<input type="checkbox"/> Preocupaciones de comportamiento:			
NIÑOS EN EDAD ESCOLAR: ¿Le preocupa la educación, la recreación u otros aspectos de su hijo? Marque las casillas correspondientes y explique.			
<input type="checkbox"/> Desempeño en la escuela:			
<input type="checkbox"/> Apoyo educativo en la escuela (IEP o 504):			
<input type="checkbox"/> Actividades físicas que le gustan a su hijo:			
<input type="checkbox"/> Tiempo que pasa viendo la TV, jugando juegos electrónicos y haciendo otras actividades con pantalla: N.º de horas en 24 horas:			
Cualquier otra información que nos ayude a tratar a su hijo:			