

Por favor responda estas preguntas privadas. Su información está segura.
 Actualizamos esta información cada año.

INFORMACION DEL PACIENTE/ CLIENTE

Nombre y Apellido:		Nombre por el que desea que le nombren (si es diferente):	
Fecha de Nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Pronombres: <input type="checkbox"/> Ella <input type="checkbox"/> El <input type="checkbox"/> Ellos <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> No Responde	
Identidad de Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transexual Masc <input type="checkbox"/> Transexual Fem <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> No Responde			
Orientación Sexual: <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana/Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Desconoce <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> No responde			
Teléfono de la casa:	Celular:	Paciente/Cliente Celular si tiene 12-17 años:	
Dirección:		Apartamento/Suite (opcional):	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Condado: <input type="checkbox"/> Adams <input type="checkbox"/> Arapahoe <input type="checkbox"/> Denver <input type="checkbox"/> Douglas <input type="checkbox"/> Elbert <input type="checkbox"/> Jefferson <input type="checkbox"/> Otro: _____			
Dirección de Correo Electrónico:		* PACIENTES DE LA Clínica únicamente: Debe tener 18 años o más ¿Registrarse en el Portal del Paciente <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado legalmente			

SI EL PACIENTE TIENE 18 AÑOS O MENOS POR FAVOR COMPLETE:

Nombre del responsable: _____
 Relación con el Paciente/Cliente: Padre/Madre Abuelo/a Tutor legal Otro: _____
 Nombre del Segundo responsable /tutor: _____ Número de teléfono: _____
 Relación con el Paciente/Cliente: Padre/Madre Abuelo/a Tutor Legal Otro: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre:	Relación:	Teléfono Casa:	Celular:
---------	-----------	----------------	----------

CONSENTIMIENTO DE CONTACTO

¿Con quien podemos hablar? Su información de salud o la de su menor es confidencial y está protegida por Doctors Care. Si quiere que hablemos con otra persona (cónyuge, hijo, padre, etc.) sobre su información o la de sus hijos, enumérela a continuación.

No, no permito que se comparta información con nadie en este momento.

Si, Si doy permiso a Doctors Care para divulgar mi información de salud o la de mis hijos (resultados de laboratorio, medicamentos, otra información relacionada con la salud, etc.) a la siguiente persona:

Nombre:	Relación:	Teléfono:
---------	-----------	-----------

Doctors Care puede compartir mi información o la de mis hijos con las personas enumeradas. Esto no es un consentimiento para un tratamiento. Este consentimiento no autoriza que alguien tome mi lugar con uno de mis hijos durante una visita. Puedo cambiar o cancelar esta autorización en cualquier momento. Esta autorización caducara en 1 año.

FIRME AQUI

Firma (Padre/Tutor si es menor)	Fecha
---------------------------------	-------

INFORMACIÓN DE INGRESOS (PARA FINES DE SUBVENCIÓN)

Doctors Care es una organización sin fines de lucro **que depende de subvenciones para brindarle servicios**. Algunas subvenciones requieren información sobre ingresos. **La información se mantiene anónima**. Para nuestros pacientes sin seguro, utilizamos esta información para ofrecer servicios a una tarifa variable de bajo costo.

Ingresos Totales en su Hogar

Mensual:

Anual:

Número de personas que viven en su casa:

Número de personas, incluido usted, en sus Impuestos:

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA (PARA FINES DE SUBVENCIÓN Y CALIDAD DE ATENCIÓN)

(Por favor responda todas las preguntas para el Paciente/Cliente)

Idioma preferido: Inglés Español Otro:

Etnicidad: Hispano/Latino No Hispano

Raza (Seleccione todas las que correspondan):

Blanco Negro/Afroamericano Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico Medio Oriente/Norte de África Asiático

Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico Indio Americano/Nativo Americano Otro:

¿Tiene el paciente/cliente una discapacidad? Sí No

¿Es el paciente/cliente un Veterano? Sí No

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

Tipo de Cobertura: Medicaid/CHP+ Sin seguro Seguro Privado Otro:

Si selecciono Sin Seguro, ¿le gustaría recibir ayuda para inscribirse en un seguro médico? Sí No

EVENTOS QUE CAMBIAN SU VIDA: Si tiene seguro médico y experimentó un evento que le cambió la vida en los últimos 60 días, puede ser elegible para realizar cambios en su cobertura. Las guías de cobertura médica de Doctors Care pueden ayudarlo a actualizar su PEAK o la cuenta Connect for Health. Háganos saber si ha experimentado alguno de los siguientes.

Cambio de residencia Tuvo un bebe Perdió su seguro medico Casado/Divorciado
 Cambio en ingresos o trabajo Se convirtió en residente legal Salió de la cárcel Inicio/Final AmeriCorps

INFORMACIÓN DE LA FARMACIA:

Recetamos electrónicamente, ¡sin papel! (Solo pacientes de la clínica)

Nombre de la Farmacia:

Número de Teléfono:

Dirección/Cruce de Calles:

INFORMACIÓN DE LA CITA

¿Cómo hizo su cita? Por teléfono Vino a la clínica Correo electrónico Internet Sitio web de Connect for Health Colorado

Otro:

¿Cómo se enteró de nuestros servicios?

Connect for Health Colorado Sitio web del proveedor de Medicaid/CHP En Internet Vecino/Amigo
 Conduje por/Vi letrado Correo directo (postal o carta) Paciente/cliente actual Redes sociales Otro: _____

Oficina del Condado (especifique): _____ Referencia médica (Escriba el nombre): _____ Hospital/ER (Proporcione el nombre): _____

Evento (especifique): _____ Escuela (escriba el nombre): _____ Otra Organización (especifique): _____