



Información Demográfica				
Nombre Legal:		Nombre Anterior:		
Dirección de Casa:		Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Número de Seguridad Social:		Fecha de Nacimiento:		
Teléfono de Casa: (____) ____-____ ¿Está bien dejar un correo de voz? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Teléfono Móvil: (____) ____-____ ¿Está bien dejar un correo de voz? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Teléfono del Trabajo: (____) ____-____ ¿Está bien dejar un correo de voz? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	El mejor número para usar: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Móvil Trabajo	
Dirección de Correo Electrónico:		¿Cuál fue su sexo al nacer? <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra		
¿Tiene usted actualmente seguro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿qué seguro?				
Es la política de CHCNC para ofrecer un horario de tarifas deslizando para todos los pacientes que están en o por debajo del 200% del nivel de pobreza. ¿Desea hablar con alguien con respecto a nuestro horario de pago? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Información de Contacto en caso de Emergencia				
Nombre del Contacto de Emergencia:				
Número de Teléfono del Contacto de Emergencia: (____) ____-____		Relacionado Contigo:		
Si usted es menor de 18 años, el Departamento de Salud Pública requiere que usted proporcione la información de contacto del padre/guardián.				
Nombre del Padre/Guardián: _____ Número de teléfono: (____) ____-____ Relación: _____				
Información de Empleo/Educación				
Nombre de Empresa:		¿Está cubierto por el seguro de su empleador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nombre de la Universidad:		¿Está cubierto por el seguro de su escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Somos un Centro de Salud Calificado Federalmente y estamos obligados a recopilar estos datos. La siguiente información es sólo para propósitos demográficos y				
1. Estado Civil <input type="checkbox"/> Casado Casad <input type="checkbox"/> Asociado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Legalmente Separado <input type="checkbox"/> Viudo	2. Estado de Empleo <input type="checkbox"/> Empleado de tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo parcial <input type="checkbox"/> Estudiante Tiempo completo <input type="checkbox"/> Estudiante Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Desempleados <input type="checkbox"/> Otro _____	3. ¿Cuál es tu ingreso anual? _____ <input type="checkbox"/> Sin Ingresos <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Elegir no informar ¿Cuántas personas (incluyendo usted) su apoyo de ingresos? _____	4. Grupo Racial <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otros Pacific Islander <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Afroamericano/Negro <input type="checkbox"/> Caucásico/Blanco <input type="checkbox"/> Elija no reportar	5. Etnia <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Elija no informar
6. Idioma Preferido <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Otro _____ ¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	7. Estatus de Veterano <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> No un Veterano	8. ¿Es usted un trabajador estacional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	9. ¿Es usted un trabajador migrante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	10. ¿Estás sin hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
11. Se considera usted: <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbianas o Homosexuales <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Algo Más <input type="checkbox"/> No Lo Sé <input type="checkbox"/> Elija no reportar		12. ¿Cuál es su género? <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro/genderqueer <input type="checkbox"/> Hembra <input type="checkbox"/> Elegir no informar <input type="checkbox"/> Hombre transgénero (Mujer a hombre) <input type="checkbox"/> Hembra transgénero (De hombre a mujer)		Para completar este formulario, por favor vea la parte de atrás.