



Bienvenido a Blackstone Valley Community Health Care!

Información demográfica de adolescente (12-17 Años)

PRIMER NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ INICIAL \_\_\_\_\_ APELLIDO \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Teléfono del paciente \_\_\_\_\_ Correo electrónico del paciente \_\_\_\_\_

Idioma preferido \_\_\_\_\_ Nombre preferido \_\_\_\_\_

Pronombres preferidos  El, El, Su  Ella, Ella, Ella  Ellos, Ellos, Ellos  Ze, Hir  Otro \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Apt # \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

CONTACTO DE EMERGENCIA \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Farmacia \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono# \_\_\_\_\_

**PORTAL DEL PACIENTE:** Esta usted usando nuestro portal del paciente? Si No

Método preferido de comunicación?	
<input type="checkbox"/> Recordatorios de voz	<input type="checkbox"/> Mensaje de texto
<input type="checkbox"/> Correo electrónico	<input type="checkbox"/> Portal del Paciente

**QUIEN ES EL TUTOR LEGAL:** Madre Padre Ambos DCYF Otro: \_\_\_\_\_

Si está bajo custodia de ambos padres, el estado civil de los padres  Soltero  Casado  Separado  Divorcio  Viudo

Si está en custodia de DCYF, que tipo de custodia  Petición se ha presentado  Temporario  Permanente

Nombre del asistente social \_\_\_\_\_ teléfono \_\_\_\_\_

Si está en custodia de otra familia, ¿tiene esta persona permiso de tomar decisiones medicas?  Si  No

Nombre de Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre de otro padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**SEGÚN LEYES FEDERALES SE REQUIERE OBTENER LA SIGUIENTE INFORMACION**

Verificación de ingresos: Para ser considerado para una tarifa reducida, circule el tamaño familiar y el ingreso anual						
Tamaño Familiar						
1	2	3	4	5		
6	7	8	9	10		
***Tamaño de familia más que 10 personas escríbalo aquí _____						
Ingreso Anual						
\$5,000	\$10,000	\$15,000	\$20,000	\$25,000	\$30,000	\$35,000
\$40,000	\$45,000	\$50,000	\$55,000	\$60,000	\$65,000	\$70,000
\$75,000	\$80,000	\$85,000	\$90,000	\$95,000	\$100,000 mas	
***Ingreso Anual _____			Negó a responder <input type="checkbox"/>			

Revertir página

**Estado de Vivienda/Trabajo/Veterano** *Marque todo que corresponda*

**Vivienda**  Compartiendo habitación/domicilio  Albergue  Calle  Transicional  
 Residencia pagada por asistencia de alquiler  Rento/soy dueño de mi casa  
**Eres alguno de esos**  No soy trabajador agrícola  Trabajador agrícola migrante  Trabajador Agrícola estacional  
 Veterano  No soy Veterano

<b>RAZA</b> <i>Marque todo lo que corresponda</i>		<b>ETNICIDAD</b> <i>Marque todo lo que corresponda</i>
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Indio Asiático	<input type="checkbox"/> Mexicano
<input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano	<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Mexicano Americano
<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Chicano
<input type="checkbox"/> Islas del Pacifico	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Puertorriqueño
<input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Cubano
<input type="checkbox"/> Samoano	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Hispano, Latino
<input type="checkbox"/> Negro/ Afroamericano (Cape Verde)	<input type="checkbox"/> Otro Asiático	<input type="checkbox"/> No Hispano o Latino
	<input type="checkbox"/> Negó a responder/ Ninguno	<input type="checkbox"/> Negó a responder

**Sexo asignado al nacer**  Masculino  Femenino  Indiferenciado

<b>Identidad de Género</b> <i>Por favor elija el género con el que más identifica</i>	
<input type="checkbox"/> Femenino/Mujer	<input type="checkbox"/> Femenino a Masculino (FTM) (Transgenero Masculino/Hombre)
<input type="checkbox"/> Masculino/Hombre	<input type="checkbox"/> Masculino a Femenino (MTF) (Transgenero Femenino/Mujer)
<input type="checkbox"/> género queer, ni inclusivamente masculino o femenino	<input type="checkbox"/> Elegir no divulgar/rechazar responder
<input type="checkbox"/> Categoría de género adicional/Otro _____	
<b>Orientación Sexual</b> <i>Por favor elija la orientación sexual con el que más identifica:</i>	
<input type="checkbox"/> Heterosexual/ Hetero	<input type="checkbox"/> No se
<input type="checkbox"/> Bisexual	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Homosexual (lesbiana, gay)	<input type="checkbox"/> Prefiere no divulgar

Firma de los Padre/Guardián Legal \_\_\_\_\_ Firma del Paciente \_\_\_\_\_

Empleado \_\_\_\_\_ Fecha de Hoy \_\_\_\_\_

**Gracias por elegir a Blackstone Valley Community Health Care para sus necesidades de atención medica. Valoramos a nuestra comunidad y le damos bienvenida a nuestro centro de salud.**

FOR BVCHC INTERNAL USE ONLY: Medical Record # _____ Staff initials _____
--