



Bienvenido a Blackstone Valley Community Health Care.

INFORMACION DEMOGRAFICA DE ADULTOS (18 años o más)

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 _____

Estado civil Soltero Casado Separado Divorcio Viudo

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

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 or greater	
***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

RAZA <i>Marque todo lo que corresponda</i>		ETNICIDAD <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 (Cabo Verde)	<input type="checkbox"/> Otro Asiático	<input type="checkbox"/> No Hispano o Latino
	<input type="checkbox"/> Negro a responder/ Ninguno	<input type="checkbox"/> Negó a responder

Sexo asignado al nacer: Masculino Femenino Indiferenciado

Identidad de Género: *Por favor elija el género con el que más identificas*

<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"/> Genero queer, ni exclusivamente masculino o femenino	<input type="checkbox"/> Elegir no divulgar/rechazar a responder
<input type="checkbox"/> Categoría de genero adicional/Otro _____	

Orientación Sexual: *Por favor elija la orientación sexual con el que más identificas:*

<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 del Paciente _____

Empleado de Testigo _____ Fecha de Hoy _____

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

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