



Bienvenido a Blackstone Valley Community Health Care!

Información demográfica pediátrica (0-11 años)

PRIMER NOMBRE DEL PACIENTE _____ INICIAL _____ APELLIDO _____

Fecha de Nacimiento _____ Teléfono _____ Correo electrónico de los padres _____

Idioma preferido _____ Nombre preferido _____

Domicilio _____ Apt # _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Contacto de Emergencia _____ Relación _____ Teléfono _____

Farmacia _____ Dirección _____ Teléfono# _____

PORTAL DEL PACIENTE: ¿Está 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, cual es 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: _____ Número de Teléfono _____

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

Nombre de Padre/Tutor _____ Fecha de nacimiento _____ Teléfono _____

Nombre de otro padre/tutor _____ Fecha de nacimiento _____ Teléfono _____

SEGUN 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 o 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

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 o 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/Hombre Femenino/Mujer Indiferenciado

Firma de los Padres/Guardián Legal _____

Empleado _____ 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 _____