



# Centro de Salud Pública – Forma Para Información Del Paciente

Favor de completar toda la información solicitada para que podamos contactarlo/a en dado caso de que necesite exámenes adicionales o tratamiento, o si falta a su cita.



**Nombre del: paciente:** \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Inicial Jr/Sr I II III

**Otro nombre usado:** \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Inicial Jr/Sr I II III

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ **Sexo en ID:**  Hombre  Mujer  Desconocido  X  
Mes Día Año **Se identifica como (pronombres):**  él / él  otro  se negó a declarar  Ella / La  Su / Sus/Elle  Desconocido

**Estado de Vivienda:**  No estoy desamparado/a  Desamparado: Estoy en un albergue \_\_\_\_\_  
 Desamparado: Viviendo temporalmente dentro de un lugar provisional (edificio abandonado, tejadillo, etc.) Nombre del albergue  
 Desamparado: Usando cupón para quedarse en hotel/motel por noche  
 Desamparado: Viviendo afuera (durmiendo afuera, carpa, etc.)  
 Desamparado: Viviendo temporalmente con familiares, o amigos/as (durmiendo en un sofa, etc.)  
 Desamparado: Otro (especifique) \_\_\_\_\_

**Dirección actual:** \_\_\_\_\_  
dirección (si desamparado, en que esquina y ciudad esta) # de apt Ciudad Estado Código postal

**Numero telefónico ( ) de casa:** \_\_\_\_\_ **Otro # de contacto:** ( ) \_\_\_\_\_  
Numero celular o de beeper (circulé)

**Apellido de soltera de su mama:** \_\_\_\_\_ **Correo electrónico (opcional):** \_\_\_\_\_  
**Lugar de trabajo/escuela:** \_\_\_\_\_ **Numero telefónico de trabajo:** ( ) \_\_\_\_\_

**Lugar de nacimiento:**  CA  Otro Estado (especifique) \_\_\_\_\_  País de Origen (especifique) \_\_\_\_\_

**Seguro Social #:** \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ **Numero de Medi-Cal:** \_\_\_\_\_ **Numero de Medicare:** \_\_\_\_\_

**Cobertura médica:**  Si, tengo seguro médico  No tengo seguro médico

**Seguro Primario:** \_\_\_\_\_  
Nombre de la Compañía de Seguro Dirección Nombre del Asegurado Numero del Grupo

**Relación al Asegurado:**  Esposo/a  Hijo/a  Yo Mismo  Otro

**Estado Civil del Paciente:**  Casado/a  Soltero/a  Divorciado/a  Separado/a  Pareja doméstica  Viudo/a

**Nombre de Esposo/a Pareja:** \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Inicial Jr/Sr I II III

**Raza/Etnia:**  Blanco  Negro  Hispano  Indio Americano/Eskimo/Aleut  Asiático  
 Hawaiano Nativo / Isla del Pacifico  Filipino  Desconocido  Otro

**Idioma preferido:**  
 Inglés  Español  Cantonese  Mandarin  Vietnamés  Coreano  Tagalo  Armenio  Camboyano  
 Ruso  Persa/Farsi  Otro (especifique) \_\_\_\_\_  Prefiero Lenguaje de señas americano

**Nombre completo de su mama:** \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Fecha de nacimiento

**Nombre completo de su papa:** \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Fecha de nacimiento

### Persona a notificar en caso de emergencia

#### Parentesco:

Padre/Madre \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Inicial Jr/Sr I II III  
 Esposa/o  
 Tutor  
 Pareja Doméstica \_\_\_\_\_  
Dirección # de Apt Ciudad Estado Código postal  
 Hermano/a  
 Amigo/a  
 Otro

**Teléfono:** ( ) \_\_\_\_\_ **Cellular/trabajo:** ( ) \_\_\_\_\_

(office use only)

**PF#:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_ **Updated on:** \_\_\_\_\_ **CAIR #:** \_\_\_\_\_