



SOLO PARA USO DEL PERSONAL

**REGISTRO E INFORMACIÓN DEL PACIENTE**  
(por favor complete el formulario completo)

**CHART#**

<b>APELLIDO:</b>		<b>NOMBRE:</b>		<b>SEGUNDO NOMBRE:</b>	
Fecha de nacimiento:		Edad:	Sexo (al nacer):	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino
Dirección:		Ciudad:		SS#	
Dirección:		Ciudad:		Código postal:	
Ingreso total del hogar:			Número de personas en el hogar:		
Teléfono de casa:		Teléfono móvil:		Teléfono del trabajo:	
Correo electrónico:		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		¿Podemos enviarle un mensaje? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Estado civil:		<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a			
Etnicidad:		<input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino <input type="checkbox"/> No informado/Se negó a informar			
Raza:		<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Otros isleños del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano			
<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> No declarada / Se negó a informar la raza					
Farmacia preferente:					
POBLACIÓN ESPECIAL:		<input type="checkbox"/> Migratorio/ Trabajadores agrícolas temporales <input type="checkbox"/> Personas sin hogar			
<input type="checkbox"/> Residentes de Vivienda Pública <input type="checkbox"/> Individuos con dominio limitado del inglés <input type="checkbox"/> Niños (menores de 18 años)					
ORIENTACIÓN SEXUAL:		<input type="checkbox"/> Lesbiana o gay <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Algo más			
<input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Optó por no revelar <input type="checkbox"/> Desconocido					
IDENTIDAD DE GÉNERO		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre Transgénero /Masculino Transgénero			
<input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Optó por no revelar <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Mujer Transgénero/Femenina Transgénero					
¿ESTÁ EXPERIMENTANDO FALTA DE HOGAR? (Si lo está, seleccione una de las siguientes opciones, FTOC puede ayudarle)					
<input type="checkbox"/> Refugio para personas sin hogar <input type="checkbox"/> Transicional <input type="checkbox"/> Arreglos de vivienda compartida					
<input type="checkbox"/> Las calles <input type="checkbox"/> Vivienda de Apoyo Permanente <input type="checkbox"/> Otro					
<input type="checkbox"/> Desconocido		¿ERES UN VETERANO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
¿CÓMO TE ENTERASTE DE NOSOTROS?		<input type="checkbox"/> Buscador (Google, Yahoo, etc) <input type="checkbox"/> Las redes sociales (Facebook, Instagram)			
<input type="checkbox"/> Sitio de reseñas de clientes (Yelp) <input type="checkbox"/> Amigos/Familiares <input type="checkbox"/> Referencia interna (Servicio FTOC) <input type="checkbox"/> Sitio web de Families Together					
<input type="checkbox"/> Alcance comunitario <input type="checkbox"/> Ferias de salud/eventos <input type="checkbox"/> Referencia externa (por favor especifique) _____					
<input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique)					
CONTACTO DE EMERGENCIA:		RELACIÓN:		NÚMERO DE TELÉFONO:	

**DIRECTIVAS AVANZADAS**

Las directivas anticipadas son documentos legales que brindan instrucciones sobre sus decisiones de atención médica. Lo alentamos a discutir sus decisiones de tratamiento con el personal médico.

¿Le gustaría recibir más información sobre las Directivas Anticipadas?  SÍ  NO

Firmando abajo atestigo que la información indicada arriba es verdad a lo mejor de mi conocimiento

<b>NOMBRE:</b>	<b>FIRMA:</b>	<b>FECHA:</b>
<b>GUARDIÁN:</b>	<b>RELACIÓN:</b>	
<b>FIRMA:</b>	<b>FECHA:</b>	