|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PROVEEDOR DE ATENTIÓN PRIMARIA/ DOCTOR DE CABECERA (PCP): LA FECHA DE HOY:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INFORMACIÓN DEl PACIENTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Apellido legal**: **Nombre : 2do nombre** | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Estado civil**: ❑ Soltero/a ❑ Casado/a  ❑ Divorciado/a ❑ Separado/a ❑ Viudo/a | | | | | |
| **Nombre de preferencia (si es diferente):** | | | | | **Nombre(s) legal(es) anterior(es):** | | | | | | | | | **Sexo (al nacer)**: ❑ Femenino ❑ Masculino  ❑ Intersexual | | | | | | | **Género con la cual se identifica**  : ❑ Mujer  ❑ Hombre ❑ Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| **Dirección postal: Ciudad:**   **Estado: Código postal:** | | | | | | | | | | | | | | | | **Fecha de nacimiento:**  / / | | | | | | | **Número de Seguro Social:**  – – |
| **Dirección física (si es diferente a la dirección postal): Ciudad: Estado: Código postal:** | | | | | | | | | | | | | | | | **¿Dónde vive?** ❑ Casa propia ❑ Alquiler ❑ Sin hogar  ❑ Vivienda asistida ❑ Otro tipo de vivienda | | | | | | | |
| **Teléfono en casa**:  ¿Está bien dejar un mensaje de voz? ❑ Sí ❑ No  En caso afirmativo ¿qué tipo de mensaje se puede dejar? ❑ abreviado  ❑ Más extenso | | | | | | **Celular**:  ¿Está bien mandar un mensaje de texto? ❑ Sí ❑ No  ¿Está bien dejar un mensaje de voz? ❑ Sí ❑ No  En caso afirmativo, ¿qué tipo de mensaje se puede dejar? ❑ abreviado ❑ más extenso | | | | | | | | | | **Teléfono profesional**: **Extensión:** | | | | | | | |
| **Correo electrónico (pacientes mayores de 18 años):** | | | | | | | |
| **El método de comunicación preferido:** ❑ Casa ❑ Celular ❑ Trabajo ❑ Mensaje de texto | | | | | | | | | | | | **La mejor hora para llamarle:** ❑ Mañana ❑ Tarde ❑ Tarde/noche | | | | | | | | | | | |
| **Estatus estudiantil:** ❑ Tiempo completo  ❑ A tiempo parcial ❑ No se aplica | | | **Situación laboral:** ❑ Tiempo completo  ❑ A tiempo parcial ❑ No se aplica | | | | | | | | | | **Nombre del empleador/patrón: (si se aplica)** | | | | | | | | | | |
| **Nombre del contacto de emergencia:** | | | | | **Relación al paciente:** | | | | | | | | | | | | **Teléfono de contacto de emergencia:** | | | | | | |
| **SEGURO MEDICO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Compañía del seguro primario:** | | | | | | | | | | | | | | | **N˚ de identificación del abonado del seguro primario:** | | | | | | | | |
| **Nombre del abonado del seguro primario:** | | | | | **Fecha de nacimiento del abonado del seguro primario:** | | | | | | | | | | | | **Relación del abonado del seguro primario al paciente:** | | | | | | |
| **Compañía del seguro secundario:** | | | | | | | | | | | | | | | **N˚ de identificación del abonado del seguro secundario:** | | | | | | | | |
| **Nombre del abonado del seguro secundario:** | | | | | **Fecha de nacimiento del abonado del seguro secundario:** | | | | | | | | | | | | **Relación del abonado del seguro secundario al paciente:** | | | | | | |
| **¿Necesita ayuda en solicitar un seguro médico?** ❑ Sí ❑ No | | | | | | | | **¿Le gustaría más información acerca de nuestro programa de descuento variable?** ❑ Sí  ❑ No | | | | | | | | | | | | | | | |
| **GARANTE (AVAL)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Persona responsable por la cuenta (garante/aval):** | | **Feche de nacimiento del garante:**  / / | | | | | | | **Dirección del garante (si es diferente a la del paciente):** | | | | | | | | | | | | | **N˚ de teléfono del garante:** | |
| **¿Es esta persona un paciente de Oak Orchard Health?** ❑ Sí ❑ No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Parentesco del garante al paciente:** ❑ Yo mismo/a ❑ Esposo/a ❑ Padre/madre ❑ Padrastro/madrastra ❑ Hijo/a ❑ Otra persona\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **INFORMACIÓN DEL HOGAR** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Anote todos los miembros de familia que viven en su hogar:**  **Nombre: Fecha de nacimiento: Parentesco:**  **¿Paciente de OOH?**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** ❑ Sí ❑ No  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** ❑ Sí ❑ No  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** ❑ Sí ❑ No  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** ❑ Sí ❑ No  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** ❑ Sí ❑ No  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** ❑ Sí ❑ No  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** ❑ Sí ❑ No  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** ❑ Sí ❑ No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Etnicidad:** ❑ Hispano ❑ No hispano | | | **Raza (favor de elegir una opción):** ❑ Indio americano/nativo de Alaska ❑ Asiático ❑ Negro/afroamericano  ❑ Nativo de Hawái ❑ Otro tipo de isleño pacífico ❑ Blanco ❑ Se niega a contestar | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **¿Se siente cómodo hablando el inglés en sus citas (hablarlo y entenderlo)?**  ❑ Sí ❑ No | | | | **Si no se siente cómodo con el inglés, ¿ cuál(es) idioma(s) preferiría?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **INFORMACIÓN PEDIÁTRICA SOLICITADA (PARA LOS PACIENTES MENORES DE 19 AÑOS)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nombre del padre/tutor #1:** | | | | | | | **Dirección del padre/tutor #1:** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nombre del padre/tutor #2:** | | | | | | | **Dirección del padre/tutor #2:** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nombre de la madre biológica (nombre/ apellido de soltera):**  Se solicita esta información para el registro de vacunas del estado de Nueva York. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR SU INFORMACIÓN** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **¿Con quién podemos compartir su información? Información sobre**  **Nombre: Número de teléfono: Fecha de nacimiento: Parentesco/relación: Su salud Su cuenta**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** ❑❑  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** ❑❑  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** ❑❑ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **INFORMACIÓN DE SUS PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Favor de proporcionar el nombre y la dirección de todos sus proveedores de atención médica:**  **Farmacia primaria: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Farmacia secundaria: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Dentista: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Oculista: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Ginecólogo-obstetra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **INFORMACIÓN SOLICITADA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **LOS SUBSIDIOS FEDERALES REQUIEREN QUE SOLICITEMOS LA SIGUIENTE INFORMACIÓN** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **¿Dónde recibe la mayoría de su atención médica?**  Estado: País: | | | | | | | | | | **¿Cuántas personas residen en su hogar?** | | | | | | | | | | **¿Cuál es el *ingreso total anual (aproximado)* de su hogar?** | | | |
| **¿Es usted un veterano militar de los Estados Unidos?** ❑ Sí ❑ No | | | | | | | | | |
| **Ocupación (trabajo) relacionado con la agricultura** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. En los últimos dos (2) años, ¿usted o algún miembro de su familia ha trabajado en la agricultura (en los campos) como fuente principal de empleo?   ❑ Sí – Favor de contestar a las demás preguntas.  ❑ No – Favor de adelantarse a la D.  *Ejemplos de trabajo agrícola incluyen lo siguiente:*   * *La preparación, riego o fumigación de campos, viveros o huertas* * *La siembra, recolección, clasificación, empaque o transporte de frutas, verduras/vegetales, granos, nueces, plantas, tabaco, lúpulo, flores, heno, alfalfa u otros productos* * *La plantación de árboles, trabajos con árboles de Navidad, recogimiento de hojas de pino o musgo español* * *El cuidado del ganado* | | | | | | | | | | | 1. En los últimos dos (2) años, ¿usted o algún miembro de su familia se ha trasladado a otra zona con el fin de trabajar en la agricultura?   ❑ Sí (Migratorio/a)  ❑ No   1. En los últimos dos (2) años, ¿usted o algún miembro de su familia ha trabajado en la agricultura (en los campos) como fuente principal de empleo?   ❑ Sí (Temporal)  ❑ No   1. ¿La discapacidad o la edad avanzada de algún miembro de su familia ha impedido el viajar con el fin de trabajar en la agricultura?   ❑ Sí (Anciano/a o Discapacitado/a)  ❑ No | | | | | | | | | | | | |
| **Firma del paciente (o del representante del paciente):** | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Fecha:** | | | | |
| **PREGUNTAS COMPLEMENTARIAS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Favor de tomar un momento para impartir la siguiente información. Le agradecemos su tiempo y aportación.**  **¿Le interesa tener un impacto en su salud y la salud de los demás? ¡Únase al Consejo de Administración de Oak Orchard Health!**  ❑ Sí, ¡estoy interesado! Favor de ponerse en contacto conmigo para más información. ❑ No, no estoy interesado en estos momentos.  **¿Cómo se enteró de Oak Orchard Health?**  ❑ Amigo/pariente ❑ Referido de otro médico ❑ Compañía de seguros ❑ Hospital ❑ Evento comunitario (favor de compartir cual evento):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_❑ Internet ❑ Feria de salud (favor de compartir cuál):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ❑ Feria del condado (favor de compartir cuál):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ❑ Publicidad (favor de indicar cuál):  ❑ Batavia Daily News  ❑ Lake Country Penny Saver / Orleans County Hub  ❑ Suburban News  ❑ Wyoming County Courier / Pennysaver  ❑ Otra entidad (favor de compartir cuál):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

¿Sabe que tenemos un portal/ página web del paciente? ¡Pregúntenos acerca de este portal hoy!

**Patient or patient representative signature: Date:**