|  |
| --- |
| **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 ❑ NoEn 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 ❑ NoEn 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)❑ No1. 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)❑ No1. ¿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:**