



# SHENANDOAH COMMUNITY HEALTH

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

APELLIDO (S)		NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE / INICIAL		NOMBRE ANTERIOR / APODOS (S)	
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL #		FECHA DE NACIMIENTO (MES/DÍA/AÑO)		DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO			
<p>*Si bien Shenandoah Community Health reconoce un número de géneros sexuales, muchas compañías de seguro médico y entidades legales desafortunadamente no lo hacen. Por favor esté consciente que su nombre legal y sexo enlistado en su seguro médico debe ser el mismo utilizado en documentos pertinentes a seguro, facturación y correspondencia. Si su nombre de preferencia o pronombres son diferentes, por favor déjenos saber.</p>							
SEXO AL NACER (Circule Uno) Male    Female Indefinido    Desconocido		GÉNERO ACTUAL (Circule Uno) Masculino    Femenino Indefinido		PRONOMBRE DE PREFERENCIA (Circule Uno) Él, lo, suyo    Ella, la, suya    Ell(a)os, Suy(a)os    Otro Ze, Hir (Género libre)    Se le preguntó pero desconocido    Se negó a contestar			
IDENTIDAD DE GÉNERO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hombre a mujer/Transgénero Femenino/Mujer Trans <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Mujer a hombre/Transgénero Masculino/Hombre Trans <input type="checkbox"/> Género variante, sin ser exclusivo masculino o femenino <input type="checkbox"/> Prefiere no compartir <input type="checkbox"/> Categoría de género adicional u otro, por favor especifique: _____				ORIENTACIÓN SEXUAL <input type="checkbox"/> Prefiere no compartir <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Lesbiana, gay, homosexual <input type="checkbox"/> Algo más, por favor describa _____			
DIRECCIÓN				CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL		NÚMERO DE TELÉFONO	
DIRECCIÓN DE FACTURACIÓN (Si es diferente a la anterior)				CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL		MÉTODO DE CONTACTO PREDILECTO	
ESTADO CIVIL (Circule Uno) Soltero    Casad(a)    Viud(a)    Divorciad(a)    Seperada(o) legalmente		IDIOMA PRIMARIO (Circule Uno) Inglés    Español    Idioma de Señas Americano    Criollo    Criollo Haitiano Otro: _____					
CONTACTO DE EMERGENCIA		NOMBRE		TELÉFONO		RELACIÓN	
FARMACIA DE PREFERENCIA				MÉDICO DE CABECERA			

## INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSIBLE (Si es Diferente del Paciente)

NOMBRE (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL#		FECHA DE NACIEMTO	
DIRECCIÓN		CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL		TELÉFONO	
RELACIÓN CON EL PACIENTE					
ESTATUS DE VIVIENDA <input type="checkbox"/> Viviendo con alguien <input type="checkbox"/> No está Sin Hogar <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> En la calle <input type="checkbox"/> Transicional		RAZA <input type="checkbox"/> Indio Americano /Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano <input type="checkbox"/> Más de una Raza <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro: _____			
ESTATUS DE TRABAJADOR MIGRATORIO <input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> No es trabajador de campo/granja <input type="checkbox"/> De Temporada		ETNICIDAD <input type="checkbox"/> No Hispano O Latino <input type="checkbox"/> Hispano O Latino <input type="checkbox"/> Cuban(a) <input type="checkbox"/> Mexican(a) <input type="checkbox"/> Dominicana(o) <input type="checkbox"/> Guatemalteca(o) <input type="checkbox"/> Haitiana(o) <input type="checkbox"/> Hondureña(o) <input type="checkbox"/> Jamaicana(o) <input type="checkbox"/> Venezolana(o) <input type="checkbox"/> Puertorriqueña(o) <input type="checkbox"/> Latino Americana(o) <input type="checkbox"/> Mexico Americana(o) <input type="checkbox"/> Otro: _____			
BARRERA DE IDIOMA (Circule Una) SÍ    NO		¿ES VETERANA(O) DEL SERVICIO MILITAR? (Circle One) SÍ    NO			



**POR FAVOR MUESTRE TODAS SUS TARJETAS DE COBERTURA DE SEGURO MÉDICO AL RECEPCIONISTA**

**SEGURO MÉDICO PRIMARIO**

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO		MIEMBRO / IDENTIFICACIÓN DEL SUBSCRIPTOR #	
		NÚMERO DE GRUPO #	
DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO		CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL	
NOMBRE DEL ASEGURADO (EMPLEADO, SI ES A TRAVÉS DEL TRABAJO)		RELACIÓN DEL PACIENTE CON EL ASEGURADO	
FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO	CANTIDAD DEL CO-PAGO	FECHA EFECTIVA	FECHA DE VENCIMIENTO

**SEGURO MÉDICO SECUNDARIO (Si Aplica)**

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO		MIEMBRO / IDENTIFICACIÓN DEL SUBSCRIPTOR #	
		NÚMERO DE GRUPO #	
DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO		CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL	
NOMBRE DEL ASEGURADO (EMPLEADO, SI ES A TRAVÉS DEL TRABAJO)		RELACIÓN DEL PACIENTE CON EL ASEGURADO	
FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO	CANTIDAD DEL CO-PAGO	FECHA EFECTIVA	FECHA DE VENCIMIENTO

**Requerimos por agencias de financiamiento la obtención de la siguiente información de nuestros pacientes con propósitos estadísticos. Esto nos ayudará a asegurar subsidios para apoyar servicios comunitarios y programas para pacientes con necesidades especiales. Su información individual permanecerá privada y confidencial y no será compartida con ninguna otra agencia u organización**

**BASADO EN EL TAMAÑO FAMILIAR Y SU INGRESO ANUAL FAMILIAR, ¿QUÉ COLUMNA DE LA GRÁFICA SIGUIENTE SERÍA LA QUE DESCRIBE MEJOR SU SITUACIÓN FINANCIERA?**

*Ejemplo: Tamaño familiar de 3 con ingreso anual familiar de \$25,000, circule la columna con la letra B*

**CIRCULE SÓLO UNA LETRA DE LA COLUMNA : A B C D E F**

TAMAÑO FAMILIAR	INGRESO ANUAL FAMILIAR			
	A	B	C	D
1	\$12,140 or less	\$12,141 - \$18,210	\$18,211- \$24,280	More than \$24,281
2	\$16,460 or less	\$16,461 - \$24,690	\$24,691 - \$32,920	More than \$32,921
3	\$20,780 or less	\$20,781 - \$31,170	\$31,171 - \$41,560	More than \$41,561
4	\$25,100 or less	\$25,101 - \$37,650	\$37,651 - \$50,200	More than \$50,201
5	\$29,420 or less	\$29,421 - \$44,130	\$43,131 - \$58,840	More than \$58,841
6	\$33,740 or less	\$33,741 - \$50,610	\$50,611 - \$67,480	More than \$67,481
7	\$38,060 or less	\$38,061 - \$57,090	\$57,091 - \$76,120	More than \$76,121
8	\$42,380 or less	\$42,381 - \$63,570	\$63,571 - \$84,760	More than \$84,761

**FIRMA** \_\_\_\_\_ **FECHA** \_\_\_\_\_

