



Hoja de Información del Paciente

Medical Record #: _____

MCO Record #: _____

Client's Medicaid #: _____

Data Entry by: _____

Fecha Completado: _____

Nombre:		Segundo nombre:		Apellido:	
Nombre Preferido:		Nombre anterior:		Apellido anterior:	
Dirección:				Condado de Residencia:	
Ciudad:		Estado:		Código postal:	
Dirección postal: <input type="checkbox"/> No envíe por correo					
Ciudad:		Estado:		Código postal:	
Fecha de nacimiento:		Seguro Social:		Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
Género actual: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Indiferenciado	Identidad de género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Mujer a hombre/Transexual masculino <input type="checkbox"/> Hombre a mujer/Mujer transgénero <input type="checkbox"/> Género <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Elija no revelar		Orientación sexual: <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbianas, gays u homosexuales <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Elija no revelar <input type="checkbox"/> No se		Pronombre preferido: <input type="checkbox"/> Ella/ ella <input type="checkbox"/> Él / él / su <input type="checkbox"/> Ellos / ellos <input type="checkbox"/> Ze/hir <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Elija no reveler <input type="checkbox"/> Preguntado pero desconocido
MÉTODOS DE CONTACTO					
Teléfono de casa: <input type="checkbox"/> n/a	Celular: <input type="checkbox"/> n/a	Día / Teléfono de trabajo: <input type="checkbox"/> n/a	Teléfono alternativo : <input type="checkbox"/> n/a	Teléfono secundario: <input type="checkbox"/> n/a	
¿Deja un mensaje? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	¿Deja un mensaje? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	¿Deja un mensaje? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	¿Deja un mensaje? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	¿Deja un mensaje? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
Dirección de correo electrónico: <input type="checkbox"/> n/a					
Orden de contacto preferida: (Escriba 1, 2, 3, 4 o 5 al lado de cada elemento para indicar a qué número llamar primero, segundo, tercero, etc.) ____ Casa ____ Celular ____ Dia/Trabajo ____ Alterno ____ Secundario					
INFORMACIÓN DE EMERGENCIA			PERSONA LEGALMENTE RESPONSABLE		
Nombre: _____			<input type="checkbox"/> Yo Mismo <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Guardián Legal <input type="checkbox"/> Otro: _____		
Relación: _____			Nombre: _____		
Dirección: _____			Dirección: _____		
Ciudad/Estado : _____ Código Postal: _____			Ciudad/Estado : _____ Código Postal: _____		
Teléfono de la casa: _____			Teléfono de la casa: _____		
Celular: _____			Celular: _____		
Teléfono del trabajo: _____			Teléfono del trabajo: _____		
Médico de Atención Primaria /Medico de Familia: _____			Hospital de preferencia: _____		
Fecha de la última visita con su práctica de atención primaria: _____			<input type="checkbox"/> No tienes una práctica de atención primaria		
Nombre de farmacia preferido: _____			Dirección de la farmacia / teléfono: _____		

ETNICIDAD (marque uno) <input type="checkbox"/> Hispano-mexicana Amer <input type="checkbox"/> Hispano-puertorriqueña <input type="checkbox"/> Hispano Cubana <input type="checkbox"/> Hispano Otras <input type="checkbox"/> No hispano	RAZA (marque uno) <input type="checkbox"/> Negro / Afric. Amer. <input type="checkbox"/> Blanco / Anglo / Cauc. <input type="checkbox"/> Amer Ind / Nativo Amer. <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro : _____	ESTADO CIVIL (marque uno) <input type="checkbox"/> Anulado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) (nunca casado(a)) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Pareja domestica	Idioma Principal (marque uno) <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Lenguaje de Signos <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Ninguno Dominio de Idioma Inglés (¿Necesita un intérprete?) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Situación Laboral (marque uno) <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Empleado A tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo parcial <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Ama de Casa <input type="checkbox"/> No disponible para el trabajo <input type="checkbox"/> Fuerzas Armadas <input type="checkbox"/> Temporal / Trabajador migrante Empleador: _____ Ocupación: _____	Programas de Autoayuda (marque uno) ¿Cuántas veces has asistido a un programa de autoayuda en los últimos 30 días? <input type="checkbox"/> Ninguna vez en el mes pasado <input type="checkbox"/> 1-3 veces <input type="checkbox"/> 4-7 veces <input type="checkbox"/> 8-15 veces <input type="checkbox"/> 16-30 veces <input type="checkbox"/> Algunas de asistencia, no sé el número	Situación de Vivienda (marque uno) <input type="checkbox"/> Residencia Privada <input type="checkbox"/> Otras viviendas independientes <input type="checkbox"/> refugio para personas sin hogar <input type="checkbox"/> Centro Correccional <input type="checkbox"/> Instalación Residencial (con exclusión de hogares de ancianos) <input type="checkbox"/> crianza temporal de familia / vivienda familiar alternativa <input type="checkbox"/> Hogar de ancianos <input type="checkbox"/> hogar para cuidado de adultos 7 camas o mas) <input type="checkbox"/> hogar para cuidado de adultos 1-6 camas <input type="checkbox"/> Comunidad ICF-MR <input type="checkbox"/> Comm. ICF-MR, de 70 camas <input type="checkbox"/> Otro: _____	Fuente de referencia (marque uno) <input type="checkbox"/> por sí mismo/ no referencia <input type="checkbox"/> familia /amigos <input type="checkbox"/> Otro centro ambulatorio / centro residencial <input type="checkbox"/> centro estatal <input type="checkbox"/> servicio psiquiátrico/hospital general <input type="checkbox"/> tratamiento no residencial/ programa de habilitación <input type="checkbox"/> Médico Privado <input type="checkbox"/> Hogar de ancianos <input type="checkbox"/> Administración de Veteranos <input type="checkbox"/> Otras agencias de salud <input type="checkbox"/> Agencia Comunitaria <input type="checkbox"/> Corte/correccionales / prisión <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Otro: _____
Educación: Grado más alto completado o GED o Titulo: _____	Número de arrestos en los últimos 30 días (incluya el arresto por cualquier causa sin importar el estado actual): _____		
Tamaño de familia (número de personas que viven en el hogar, para la cual usted es financieramente responsable, incluido usted): _____	Ingresos de la familia anuales \$ _____ .00	¿Es usted un veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sólo para mujeres: Embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Cobertura de seguro			
Medicaid	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Número de identificación:
Medicare	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Número de identificación:
Blue Cross Blue Shield	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Número de identificación:
United Healthcare	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Número de identificación:
Humana	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Número de identificación:
Cigna	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Número de identificación:
Aetna	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Número de identificación:
Other:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Número de identificación:

Que yo sepa, las preguntas en este formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que es mi responsabilidad informar a DAYMARK, por escrito, cuando deseo cambios en esta información, incluido el método para contactarme.

Completado por: _____ Fecha: _____
 (Si no es cliente, aclarar la relación)