

Formulario demográfica de la paciente

LMHS Chart # \_\_\_\_\_



Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre Preferido: \_\_\_\_\_

Nombre Legal: \_\_\_\_\_

Domicilio (incluye ciudad, estado, código postal):  
\_\_\_\_\_

Dirección de correo (Si recibes correo en una dirección diferente):  
\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de seguro social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Número Telefónico: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Te podemos dejar un mensaje en este número de teléfono?    Sí    No

Si no tienes información de contacto, ¿qué otras agencias de servicio social  
frecuentas? \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de seguro(s) /cobertura(s) tienes?

*Tratamos a todos independientemente de la capacidad de pago.*

Ninguno

CDP

San Francisco Health Plan

Medicare

Healthy SF

Family Pact

Medi-Cal

Otro: \_\_\_\_\_

Para el propósito de facturas, ¿si tiene seguro médico, qué género tienen registrado para usted?  Femenina   
Masculino

Nombre legal como aparece en su tarjeta de seguro: \_\_\_\_\_

Si usted ha visitado el Hospital General de San Francisco, ¿cuál es tu número de expediente médico? \_\_\_\_\_

Persona encargada de mi hogar es: \_\_\_\_\_, & # de miembros adicionales: \_\_\_\_\_. Los ingresos **anuales** de mi  
casa son: \_\_\_\_\_  los ingresos mensuales de mi casa son: \_\_\_\_\_

*Debido a regulaciones federales, debemos exigir a todos los pacientes el tamaño del hogar y de los ingresos,  
independientemente de los seguros médicos. Miembros de la familia son las personas que viven en la misma casa que  
están relacionadas por nacimiento, matrimonio, registros domésticos, o la adopción. Si usted está interesado en aplicar  
para nuestro programa Escala de Descuentos, solicite una aplicación en recepción, ya que proporcionando esta  
información aquí no constituye una aplicación*

**Farmacia Preferida:**

Nombre de farmacia:  
\_\_\_\_\_

La ubicación: \_\_\_\_\_ Número telefónico: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_

M idioma preferido es:

Otro: \_\_\_\_\_

Ingles

Declino

Relación: \_\_\_\_\_

Español

Número telefónico: \_\_\_\_\_

**Para uso de oficina solamente:**

Entered into EPM by: \_\_\_\_\_ on: \_\_\_\_\_

**Formulario demográfica de la paciente**

**LMHS Chart #** \_\_\_\_\_

**Mi identidad es:**

- Femenina
- Masculino
- Trans (MTF)
- Trans (FTM)
- Género Queer
- Otro: \_\_\_\_\_
- Deseo no responder

**Mi sexo asignado al nacer:**

- Femenina
- Masculino
- Intersexo
- Otro: \_\_\_\_\_
- Deseo no responder

**Mi estado civil es:**

- Soltera(o)
- Casado(o)
- Divorciado(o)
- Pareja Doméstica Registrada

- Viuda(o)
- Pareja no casada
- Legalmente Separada(o)
- Otro: \_\_\_\_\_
- Deseo no responder

**Mi orientación sexual es:**

- Lesbiana
- Gay
- Queer/Bigéneros
- Bisexual

- Heterosexual
- Célibe
- Otro: \_\_\_\_\_
- Deseo no responder

**Mi preferencia del pronombre es:**

- ella
- el
- ellos/suyos

- Zie/Hir
- Otro: \_\_\_\_\_

**Yo vivo (por favor, marque todas las que aplica)**

- En casa, apartamento o hotel
- Casa rodante o vehículo
- En la calle
- En un albergue
- En un programa de transición o tratamiento
- Mi situación es temporal y/o inestable

**Yo soy Hispano/Latino**

Sí No

**Mi raza es:**

- Nativos americanos o nativos de Alaska
- Hispánico/Latino
- Afro-Americano
- Blanca(o)/Caucásico
- Nativos de Hawái
- Asiático
- Isleños del Pacífico
- Más de una raza
- Otro: \_\_\_\_\_
- Deseo no responder

**Soy veterana(o):**

Sí No

**Soy trabajador de agricultura temporal:**

Sí No