

**Lyon-Martin Health Services**  
**Forma Demográfica del 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, 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:**

Inglés

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

**Relación:** \_\_\_\_\_

Español

Declino

**Número telefónico:** \_\_\_\_\_

**Para uso de oficina solamente:**

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

**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