

**Información del Paciente**

Apellido legal \_\_\_\_\_

Primer nombre legal \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_

Nombre que prefiere \_\_\_\_\_

Sexo legal (marque una opción)  Masculino  FemeninoFecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Mes Día Año

Domicilio \_\_\_\_\_ Nro. de Apartamento \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

 No tengo hogarTeléfono - celular (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  Numero principal  Recibir textosTeléfono - casa (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  Numero principal

Email \_\_\_\_\_

**En caso de urgencia favor de darnos el nombre de un familiar o Amistad**

Nombre \_\_\_\_\_ Relación/parentesco \_\_\_\_\_

Teléfono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Esta persona es mi tutor legal **Información del seguro****¿Qué tipo de aseguranza médica, tiene usted?** Medicaid  Medicare  Aseguranza privada/Azseguranza de trabajo Aseguranza de estudiante  Beneficios de Veteranos  No tengo aseguranza médica**Medicaid: Usted puede ser elegible para Medicaid si alguna de las siguientes opciones aplica a usted:**

1. Si es ciudadano o residente de los EE. UU. con 5 o más años de residencia y su ingreso anual es igual o inferior al 138 % del nivel federal de pobreza.

2. No es ciudadano ni residente de los EE. UU., pero tiene 65 años o más y su ingreso anual es igual o inferior al 100 % del nivel federal de pobreza.

3. No es ciudadano ni residente de los EE. UU., pero tiene entre 42 y 64 años y su ingreso anual es igual o inferior al 138 % del Nivel Federal de Pobreza.

**¿Califica para Medicaid?**  Si  No  No estoy seguro

## Datos Demograficos

Idioma preferido? \_\_\_\_\_  Prefiero no contestar

### Raza

Nativo Americano/Indígena de los Estados Unidos  Asiático  Afroamericano  
 Isleño de Hawái o de las islas del Pacífico  Blanco  Prefiero no contestar  Otro

### Etnicidad

Hispano/Latino  No Hispano/Latino

### Estado Civil

Soltero/a  Unión libre  Casado/a  Viudo/a  Divorciado/a  Separado/a

¿Trabaja su cónyuge/pareja?  Si  No  Otros ingresos

### Identidad de género

(por favor elija la respuesta como mejor le describe, nuestro sistema solo permite una opción)

Masculino  Femenino  Masculino trans  Femenino trans  Otro  No deseo contestar

### Sexo asignado al nacer

Masculino  Femenino  No deseo contestar  No sé

### Pronombres

él/su  ella/su  ellos/su

### ¿Necesitará un intérprete?

Si  No  Traeré un intérprete conmigo

### ¿En que idioma prefiere recibir comunicaciones?

Inglés  Español  Ninguna preferencia (la información será en Inglés)

### ¿Cuál es la mejor manera de comunicarnos con usted?

Teléfono  Correo electrónico/Athena Portal  Correo  Sin preferencia

## Ingresos del hogar

### Información sobre los ingresos de su hogar

#### ¿Usted Trabaja?

Si  No



#### Trabajo

Tiempo completo (35 horas o más por semana)  
 Medio tiempo (menos de 35 horas por semana)  
 Temporal  
 Otro \_\_\_\_\_

#### ¿Cómo se mantiene?

Pareja, familiar, amigos  
 Desempleo (unemployment)  
 Beneficios del "Social Security"  
 Ahorros o tarjetas de crédito  
 Pensión  
 Otro \_\_\_\_\_

1. ¿Le pagan? (por)

Día  Semana  Quincena  Mes  Año (Income Tax)

2. Ingresos (de acuerdo con los documentos que entrego aquí) \$ \_\_\_\_\_

3. ¿Cuántas personas dependen de sus ingresos?

1- solo yo  2  3  4  5  6  7  8  Otro \_\_\_\_\_

## ¿Preguntas Adicionales?

### ¿Necesita ayuda especial para lo siguiente? (Marque todo lo que corresponda)

Problemas de la vista:  Ciego/a  Uso lentes/anteojos  
Problemas del oído:  No oigo bien  Sordo/a  Uso audífonos para escuchar  
Dificultad para leer:  En inglés  En español  En los dos idiomas

### ¿Cómo se enteró de CommunityHealth?

- |                                                                                                      |                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Onward House                                                                | <input type="checkbox"/> CommunityHealth sitio web                                             |
| <input type="checkbox"/> Enlace                                                                      | <input type="checkbox"/> De un trabajador de CommunityHealth                                   |
| <input type="checkbox"/> Consulado                                                                   | <input type="checkbox"/> Hospital Rush                                                         |
| <input type="checkbox"/> Iglesia                                                                     | <input type="checkbox"/> Hospital Northwestern                                                 |
| <input type="checkbox"/> Evento comunitario                                                          | <input type="checkbox"/> Hospital St. Anthony                                                  |
| <input type="checkbox"/> Organización de la comunidad<br>(Equal Hope, Chicago Street Medicine, etc.) | <input type="checkbox"/> Hospitales Advocate<br>(IL Masonic, Lutheran General, Good Samaritan) |
| <input type="checkbox"/> Búsqueda de internet                                                        | <input type="checkbox"/> Wellness West                                                         |
| <input type="checkbox"/> Los medios sociales                                                         | <input type="checkbox"/> Medios y publicidad (radio, televisor, autobús)                       |
| <input type="checkbox"/> Algún conocido o familiar                                                   | <input type="checkbox"/> Otro _____                                                            |

¿Podemos comunicarnos con usted por whats app?  Si  No

Por favor proporcione su número de teléfono de WhatsApp: \_\_\_\_\_

## Consentimientos para el paciente

**Consentimiento para tratamiento** Doy mi consentimiento para tratamiento en CommunityHealth, y consiento para que CommunityHealth comparta (de manera segura) mi información médica electrónicamente, como parte del Intercambio de Información de Salud, con los miembros de mi equipo de atención médica, de instituciones médicas/hospitales externos. El Intercambio de Información de Salud permite que los profesionales médicos y pacientes accedan (de manera adecuada) y compartan de manera segura, la información médica de pacientes, electrónicamente.

**Responsabilidades del paciente** Certifico que la información contenida en este formulario de registro esta correcta y veraz. Al firmar este documento, acepto notificar a CommunityHealth en caso que tenga algún cambio de seguro médico o ingresos, y también actualizare mi información a medida que algo cambie y/o anualmente (como mínimo).

**Autorización para recibir medicamento** Doy mi consentimiento para compartir mi información a las compañías farmacéuticas con fines de auditoría en el Programa de Asistencia al Paciente de Reemplazo por Gran Volumen. Entiendo que no puedo solicitar el reembolso de ningún producto recetado y recibido a través de este programa, ya sea por parte de algún programa gubernamental o asegurado por otros. También doy mi consentimiento de las auditorías de mi expediente médico por parte del personal/voluntarios de CommunityHealth y sus socios.

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Personal de la clínica \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_