



Registro de Paciente – Centro de Salud Comunitario de Serve the People (STP CHC)

1206 E 17th Street Suite 101, Santa Ana, CA 92701. Teléfono: (714)352-2911 Fax: (714)352-2903

Como Centro de Salud Calificado Federalmente, nos esforzamos por brindar atención accesible y de alta calidad a todos nuestros pacientes. Para que podamos tomar decisiones informadas, debemos recopilar la siguiente información. Usted tiene la opción de no responder. Esta información no afectara su elegibilidad para los servicios con STP CHC.

Fecha de hoy:		Fecha de nacimiento:			¿Cómo te enteraste de STP?		Medios sociales	Evento Escolar		
Apellido:		Sexo asignado al nacer: (Masculino) (Femenino)			Evento Comunitario		Dispensa de alimentos de STP		Otro:	
Primer Nombre:		Segundo Nombre:			Estado civil: (circule su respuesta)					
Dirección:		Orientación Sexual: (circule su respuesta)			Divorciado/a		Casado/a		Con pareja	
Ciudad:		Lesbiana o Gay	Heterosexual	Bisexual	Soltero/a		Viudo/a		Legalmente separado/a	
Estado:		C.P.:	No Se	Rehúso divulgar	Otro:	Idioma Preferido: (circule su respuesta)				
# de casa:					Ingles		Español		Otro:	
# de celular:		Identidad de Género: (circule su respuesta)			Raza: (circule su respuesta)					
Correo electrónico:		Hombre	Hombre Transgénero	Rehúso divulgar	Indio Asiático		Vietnamita		Filipino	
Ingreso Personal: (circule su respuesta)					Chino		Japonés		Coreano	
Trabajo (No Agrícola)	Asistencia Publica	Mujer	Mujer Transgénero	Otro:	Otro Isleño del Pacífico		Negro / Afroamericano		Guamani o Chamorro	
*Agricultura	Veterano/a	Información de los Padres / Tutores:			Otro Asiático		Nativo de Hawái		Samoano	
Pensión	Incapacidad	Nombre:			Blanco		Indio Americano / Nativo de Alaska		Rehúso divulgar	
Ninguno	Otro:	# de teléfono:								
* = preparar, regar o rociar campos, viveros, huertos; planta, recolectar, clasificar, empacar o transportar productos agrícolas. Trabajar en granjas que producen / manejan ganado		Relación con el paciente:			Origen Étnico: (circule su respuesta)					
		Contacto de Emergencia:			*De origen hispano, latino, o español		No hispano, latino, o de origen español		Rehúso divulgar	
Estado de la vivienda (circule su respuesta)		Nombre:								
Tengo vivienda	Refugio	Calle	# de teléfono:							
Vivienda temporal	Vivienda de apoyo permanente	Inquilino <small>(incapaz de mantener la vivienda y se queda con amigos / familia)</small>	Relación con el paciente:			*si circulo Hispano, favor de especificar:				
			Si no tiene seguro, ¿está interesado en obtener ayuda para ver si califica para un seguro médico y/o dental? (SI) (NO)			Mexicano / Mexicano Americano / Chicano		Otra cultura u origen español		
Otro:						Puerto Rican		Cuban		
¿Tiene seguro médico? (SI) (NO)					¿Tiene seguro dental? (SI) (NO)					
En caso que sí, nombre del seguro médico:					En caso que sí, nombre del seguro dental:					
Nombre del suscriptor:					Nombre del suscriptor:					
Fecha de nacimiento:		ID#:			Fecha de nacimiento:		ID#:			
Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cobros (deducible, seguro, etc.) de los servicios prestados, incluido el saldo restante después de los posibles beneficios del seguro. Por la presente, acepto, consiento y autorizo a STP CHC, a todos y a cada uno de los médicos, asistentes certificados para ejercer la medicina, enfermeras practicantes, para profesionales, incluidos estudiantes de medicina, residentes, pasantes y/o sus empleados a ordenar o realizar todos y cada uno de los estudios médicos / dentales / psicológicos / de diagnóstico / radiológicos, y tratamiento, dispensar medicamentos o cualquier otro tratamiento que se consideren necesario y/o aconsejable para mí bienestar físico, dental y mental.										
Firma (del padre o tutor, si es menor)				Relación con el paciente:			Fecha:			