

**BOSTON MOUNTAIN RURAL HEALTH CENTER, INC.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro Social #: \_\_\_\_\_  
Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_  
Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_  
Nombre de contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Número de  
teléfono: \_\_\_\_\_ Proveedor de atención primaria, \_\_\_\_\_ *Si no es el PCP de BMRHC,*  
*obtenga la forma para obtener sus reportes medicos (ROI)* Número de teléfono del PCP \_\_\_\_\_  
Nombre del Padre de Familia / Guardián: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

**Por favor complete la siguiente sección CON RESPECTO AL PACIENTE:**

Por favor seleccione el paciente **Raza:**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico           | <input type="checkbox"/> Afroamericano/Negro | <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano    |
| <input type="checkbox"/> Chino                      | <input type="checkbox"/> Filipino            | <input type="checkbox"/> Asiático           |
| <input type="checkbox"/> Indio Asiático             | <input type="checkbox"/> Vietnamita          | <input type="checkbox"/> Coreano            |
| <input type="checkbox"/> Guameño                    | <input type="checkbox"/> Hispano/Blanco      | <input type="checkbox"/> Samoano            |
| <input type="checkbox"/> Otros isleños Del Pacífico | <input type="checkbox"/> Japonés             | <input type="checkbox"/> Indio Americano    |
|   | <input type="checkbox"/> Otro asiático       | <input type="checkbox"/> Negarse a informar |

Por favor seleccione los pacientes **Etnicidad:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> No hispano/latino   |  |
| <input type="checkbox"/> Hispano/Latino/a (en caso afirmativo, seleccione la subcategoría a continuación:) |  |
| <input type="checkbox"/> Mexicano/Mexico American  | <input type="checkbox"/> Cubano                        |
| <input type="checkbox"/> Hispano/latino/y español combinados   | <input type="checkbox"/> Otro hispano/latino o español |
| <input type="checkbox"/> Puertorriqueño  |  |

- **Idioma principal (circule Uno):** inglés, indio, español, ruso, marshallense, otro
- **Estado civil (circule Uno):** Soltero, Casado, Divorciado, Viudo, Separado legalmente, Pareja, Desconocido
- **Veterano (circule uno):** Sí / No
- **Nivel educativo (circule):** Algo de escuela secundaria, GED, Graduado de escuela secundaria, Algo de universidad, Graduado universitario
- **Necesidades de comunicación (circule uno):** Ninguno, con discapacidad visual, con discapacidad auditiva, con discapacidad cognitiva
- **Barrera de transporte (circule):** Sí / No
- **Sexo al nacer:** Masculino / Femenino
- **Identidad de Género (Círcule):** Hombre, Mujer, Mujer a Hombre/Hombre Transgénero/Hombre Trans, Hombre Mujer/Mujer transgénero/Mujer trans, Genderqueer, ni exclusivamente masculino ni femenino, Elija no revelar, categoría de género adicional
- **Orientación sexual (círcule Uno)** Noesbiana/Gay/Homosexual, Heterosexual, Bisexual, No sé, Algo más, Elige no revelar

Trabajador Agrícola: Sí/No(*Si responde "Sí", especifique: estacional, migrante, trabajador agrícola empleado, trabajador agrícola desempleado*)

Sin hogar: Sí/No(*Si responde "Sí", especifique: refugio para personas sin hogar, calle, transición, alojamiento doble, otro*)

**PROPORCIONAR TARJETAS DE SEGURO AL PERSONAL DE LA OFICINA PRINCIPAL**

**Si tiene una Membresía de Transporte Aéreo, indique su cobertura:** \_\_\_\_\_

**FARMACIA PREFERIDA** \_\_\_\_\_

Por la presente certifico que la información anterior es correcta

**Firma de la parte responsable del paciente** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_