

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

Por favor seleccione los pacientes **Etnicidad**:

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

- **Idioma principal (circule Uno):** inglés, indio, español, ruso, marshallese, 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

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** _____