



Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo

Información del Paciente

N.º de MR del Paciente: _____ Número de Seguro Social: _____

Prefijo Señorita Sr. Sra. Srita.

Nombre del Paciente: _____

(Primer Nombre)

(Segundo Nombre)

(Apellido)

Email: _____

ID de Medicaid: _____ ID de Beneficiario de Medicare: _____

Teléfono n.º 1: _____ Tipo: Casa Celular Empresa Otro

No llame

No deje mensajes

Teléfono n.º 2: _____ Tipo: Casa Celular Empresa Otro

No llame

No deje mensajes

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código postal: _____

Dirección de facturación: Sí No Si la respuesta es No, dirección de facturación: _____

Comentarios: Mencione cualquier necesidad especial o consideración importante que se deba tener en cuenta sobre el paciente.

Alias del Paciente

Nombre del Paciente: _____

(Primer Nombre)

(Segundo Nombre)

(Apellido)

Tipo: Sobrenombre Nombre Preferido Nombre Anterior Alias

Nombre del Paciente: _____

(Primer Nombre)

(Segundo Nombre)

(Apellido)

Tipo: Sobrenombre Nombre preferido Nombre anterior Alias

Nombre del Paciente: _____

(Primer Nombre)

(Segundo Nombre)

(Apellido)

Tipo: Sobrenombre Nombre preferido Nombre anterior Alias

Nombre del Paciente: _____ N.º de MR del Paciente _____ Página 1 de 7



Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo

Información del Paciente

Datos Demográficos

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: Masculino Femenino No se menciona

Estado civil:

- Divorciado Pareja Doméstica Casado Separado Viudo
 Nunca Casado No se sabe

Identidad de género:

- Masculino Femenino No binario No está seguro/Se cuestiona Otro
 Transgénero Femenino a Masculino (FTM)/Transgénero Masculino/Hombre Trans
 Prefiere no responder Masculino a Femenino (MTF)/Transgénero Femenino/Mujer Trans
 No se sabe/No se preguntó Genderqueer, Ni Exclusivamente Masculino Ni Femenino

Orientación Sexual:

- Heterosexual/Hetero Lesbiana (Femenino) Gay (Masculino) Bisexual
 Transgénero Prefiere no responder No está seguro/Se cuestiona
 Se niega a responder No se sabe/No se preguntó

Pronombre: Él Ella Ellos Ze

Origen étnico:

- Amerasiático Nativo Americano Asiático Indio Negro Camboyano
 Chino Dominicano Filipino Guameño Nativo Hawaiano Hispano/Latino
 Japonés Coreano Laosiano Mexicano/Mexicano Americano Múltiple
 Ni Hispano Ni Latino Otro Asiático o Isleño del Pacífico Samoano Vietnamita
 Blanco Desconocido

Raza:

- Nativo de Alaska Indio Americano Indio Asiático Negro/Afroamericano
 Camboyano Chino Filipino Guameño Hmong Japonés Coreano
 Laosiano Mien Multirracial Nativo Hawaiano Otro Asiático Otro Isleño del Pacífico Samoano Vietnamita Blanco/Caucásico Desconocido Prefiere no responder

Médico de Atención Primaria (PCP): _____

El paciente no tiene PCP



Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo

Información del Paciente

Información Económica

Responsable Económicamente: Sí No

Ingresos anuales del grupo familiar: \$ _____ # de dependientes: _____
en el grupo familiar: _____

Fuente de Ingresos:

- Salario/Sueldo Asistencia pública Jubilación/Pensión Discapacidad
 Otro Ninguno No se sabe No recibe

Arreglos de Vivienda:

- Vivienda dependiente Sin hogar Vivienda independiente Residencia privada – Independiente En las calles o en un refugio para personas sin hogar
 Residencia privada – Dependiente Adulto o niño Cárcel o centro correccional
 Entorno institucional Atención residencial las 24 horas Casa o apartamento (incluye casas rodantes, hoteles, dormitorios, cuarteles, etc.) Vivienda colectiva
 Casa o apartamento, que necesita algo de apoyo con las actividades de la vida cotidiana (solo adultos) Casa o apartamento, que necesita apoyo y supervisión diarios (solo adultos) Vivienda asistida (solo adultos) Casa de familia de crianza temporal
 Centro de tratamiento residencial Centro de tratamiento de la comunidad
 Alojamiento y atención Centro de rehabilitación de salud mental Centro residencial para adultos, Centro de rehabilitación social, Centro residencial de crisis, Residencia de transición, Centro de drogas, Centro de alcohol Hospital estatal Relacionado con la justicia Otro Hospital psiquiátrico para pacientes hospitalizados, Centro médico psiquiátrico para pacientes hospitalizados (PHF) u Hospital de Asuntos de los Veteranos (VA) Sin hogar, sin una residencia identificable No se sabe/No se reporta Centro de enfermería especializada/Centro de atención intermedia/Institución de enfermedades mentales

Condado de residencia: _____ Condado de responsabilidad económica: _____

Educación/Empleo:

Estado educativo:

Actualmente inscrito: Sí No Nivel de grado en el que está inscrito: _____
Grado más alto completado: _____ Sabe leer/escribir: Sí No

Nombre del Paciente: _____ N.º de MR del Paciente _____ Página 3 de 7



Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo

Información del Paciente

Sabe leer y escribir Sabe leer, pero no escribir Sabe escribir, pero no leer

Estado militar: Sí No Estado de veterano: Sí No

Estado de empleo:

- Empleado a tiempo completo Empleado a tiempo parcial Desempleado, buscando trabajo Desempleado que no busca trabajo Empleo con apoyo/de transición
- Ama de casa Estudiante Jubilado Discapacitado No es parte de la fuerza laboral
- Edades 0-5
- Trabajador voluntario Residente/recluso de una institución Otro: _____

Participación en la justicia penal:

- Probación Departamento Correccional Compromiso con el Depto. de Servicios Juveniles
- Cárcel Probación No participa

Idioma:

Idioma principal/preferido: _____

- El paciente no habla inglés Necesita servicios de un intérprete

Origen Hispano:

- Puertorriqueño Mexicano Cubano Otro Hispano No es de origen Hispano
- Prefiere no responder No se sabe

Información de Transporte

- Necesita servicios de transporte

Mencione cualquier adaptación para necesidades especiales (por ejemplo, silla de ruedas, animal de servicio, elevación)



Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo

Información del Paciente

Preferencias

Preferencia de comunicación: Mensaje de texto Correo electrónico Mensajes de voz
 No enviar avisos

Teléfono de comunicación: _____

Días de la semana: Lun Mar Mie Jue Vie

Contactos

Información del Contacto n.º 1:

Relación: _____

Nombre _____
Primer Nombre Apellido

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Organización: _____

Responsable económicamente Contacto de emergencia Tutor Miembro del grupo familiar

Miembro del equipo de atención Persona que toma las decisiones de atención médica

Teléfono n.º 1: _____

Teléfono n.º 2: _____

Dirección: La misma del paciente

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Información del Contacto n.º 2:

Relación: _____

Nombre _____
Primer Nombre Apellido

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Organización: _____

Responsable económicamente Contacto de emergencia Tutor
 Miembro del grupo familiar

Nombre del Paciente: _____

N.º de MR del Paciente _____



Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo

Información del Paciente

Miembro del equipo de atención Persona que toma las decisiones de atención médica

Teléfono n.º 1: _____ Teléfono n.º 2: _____

Dirección: La misma del paciente

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Información del Contacto n.º 3:

Relación: _____

Nombre _____ Fecha de Nacimiento: _____
Primer Nombre Apellido

Dirección de correo electrónico: _____ Organización: _____

Responsable económicamente Contacto de emergencia Tutor

Miembro del grupo familiar

Miembro del equipo de atención Persona que toma las decisiones de atención médica

Teléfono n.º 1: _____ Teléfono n.º 2: _____

Dirección: La misma del paciente

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Información del Contacto n.º 4:

Relación: _____

Nombre _____ Fecha de Nacimiento: _____
Primer Nombre Apellido

Dirección de correo electrónico: _____ Organización: _____



Salud y Bienestar del Condado de San Luis Obispo

Información del Paciente

Responsable económicamente Contacto de emergencia Tutor Miembro del grupo familiar

Miembro del equipo de atención Persona que toma las decisiones de atención médica

Teléfono n.º 1: _____

Teléfono n.º 2: _____

Dirección: La misma del paciente

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____