

<b>Legacy Community Health</b> <b>Política de faltar citas sin notificación, en efectiva desde 01/03/2022</b>	Cualquier paciente que falte a una cita tres veces sin llamar con 24 horas de antelación para reprogramar o cancelar, ya no podrá programar citas por teléfono o en línea. Sólo podrán pedir citas en persona o en la recepción.	Iniciales: _____
--	--	------------------

**INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE (PERSONA QUE RECIBE LA ATENCIÓN)**

FECHA DE HOY	NOMBRE DEL PACIENTE	SEGUNDO NOMBRE DEL PACIENTE	APELLIDO DEL PACIENTE
NOMBRE PREFERIDO (SI PROCEDE)	NOMBRE DE SOLTERA DE LA MADRE	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD
FOR STAFF USE: PATIENT PHOTO ID (18 AND ABOVE) / PARENT OR LEGAL GUARDIAN PHOTO ID (IF PATIENT UNDER 18)			
<input type="checkbox"/> Driver's License <input type="checkbox"/> Passport <input type="checkbox"/> State ID <input type="checkbox"/> Other: _____			
DIRECCIÓN	CIUDAD/ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
Tengo una dirección alternativa a la que prefiero que se envíe el correo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
DIRECCIÓN POSTAL PREFERIDA	CIUDAD/ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
CONDADO	ESTADO/PAÍS DE NACIMIENTO	NÚMERO DE LA SEGURIDAD SOCIAL	
NÚMERO DE TELÉFONO PRINCIPAL		OTRO NÚMERO DE TELÉFONO	
<input type="checkbox"/> Teléfono de casa <input type="checkbox"/> Teléfono móvil		<input type="checkbox"/> Teléfono de casa <input type="checkbox"/> Teléfono móvil	
Legacy envía recordatorios de citas/comunicaciones vía texto. Al marcar esta casilla, indico que NO DESEO ninguna comunicación por texto (exclusión voluntaria).		<input type="checkbox"/> Exclusión voluntaria Iniciales: _____	
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO (necesaria para acceder al portal del paciente, llamado MyChart)			
ESTADO CIVIL			
<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Vivir con la pareja de hecho <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Otros:			
SEXO (AL NACER)			
¿Qué sexo le asignaron al nacer? (en su partida de nacimiento original)		<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer
LEGAL SEX			
¿Qué sexo figura en su permiso de conducir u otro documento de identidad?		<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer

**Pacientes mayores de 18 años, por favor respondan a las siguientes preguntas:**

1: **Orientación sexual** describe por qué género o géneros se siente una persona atraída sexual y/o románticamente.

2: **Identidad de género** es cómo sentimos y expresamos nuestro género y nuestros roles de género: ropa, comportamiento y aspecto personal. Puede ser un sentimiento que tenemos ya a los dos o tres años.

<b>ORIENTACIÓN SEXUAL</b>			
<input type="checkbox"/> Lesbiana o Gay	<input type="checkbox"/> Bisexual	<input type="checkbox"/> No lo sé	
<input type="checkbox"/> Heterosexual (no lesbiana o gay)	<input type="checkbox"/> Algo más	<input type="checkbox"/> No deseo contestar	
<b>IDENTIDAD DE GÉNERO ACTUAL</b>			
¿Cuál es su identidad de género actual?			
<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Hombre Transgénero / Mujer a Hombre	<input type="checkbox"/> Algo más	<input type="checkbox"/> Genderqueer (ni exclusivamente masculino/femenino)
<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Mujer Transgénero / Hombre a Mujer	<input type="checkbox"/> No deseo contestar	
<b>OCUPACIÓN / TRABAJO</b>	<b>TAMAÑO DE LA FAMILIA (nº de personas que viven en su casa)</b>	<b>INGRESOS FAMILIARES TOTALES</b>	
		<input type="checkbox"/> Cada año	
		<input type="checkbox"/> Cada mes	
<b>MÉTODO DE CONTACTO PREFERIDO (Legacy podrá utilizar cualquiera de los métodos que se indican a continuación cuando sea necesario ponerse en contacto con usted)</b>			
<input type="checkbox"/> Teléfono de casa <input type="checkbox"/> Teléfono móvil <input type="checkbox"/> Teléfono de trabajo <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Portal del Paciente – MyChart			
<input type="checkbox"/> Correo electrónico			
<b>¿SIN HOGAR?</b>	<b>¿VIVE EN UNA RESIDENCIA DE GRUPO?</b>	<b>¿TRABAJA EN ÁREA DE SALUD?</b>	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>TRABAJADOR AGRÍCOLA</b>			<b>VETERANO MILITAR</b>
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si sí <input type="checkbox"/> Estacional <input type="checkbox"/> Empleado todo el año <input type="checkbox"/> Retirado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>ETNICIDAD</b>			
<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/> No deseo contestar			
<b>RAZA (si es multirracial, elija todas las que corresponda)</b>			
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Otros isleños del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> No deseo contestar
<input type="checkbox"/> Hawaiano nativo	<input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Afroamericano	
<b>LENGUA PREFERIDA (HABLADA)</b>			
<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Otra:
<b>LENGUA PREFERIDA (ESCRITA)</b>			
<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Otra:
<b>FLUIDEZ EN INGLÉS / CONFIANZA EN LA FORMA</b>			
<input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> No es bueno <input type="checkbox"/> No, en absoluto <input type="checkbox"/> Muy bien <input type="checkbox"/> Se necesita intérprete			
<b>¿CÓMO HA CONOCIDO NUESTROS SERVICIOS?</b>			
<input type="checkbox"/> Anuncio impreso <input type="checkbox"/> Cartelera <input type="checkbox"/> Radio/TV <input type="checkbox"/> Búsqueda en Internet o App <input type="checkbox"/> Evento <input type="checkbox"/> Amigo/familiar			
<input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> Referido Nombre de la fuente de remisión:			
<b>NOMBRE DEL CONTACTO DE EMERGENCIA</b>	<b>RELACIÓN CON EL PACIENTE</b>	<b>NÚMERO DE TELÉFONO</b>	
<b>DIRECCIÓN</b>	<b>CIUDAD/ESTADO</b>	<b>CÓDIGO POSTAL</b>	<b>CONDADO</b>

¿Sabe esta persona que usted es paciente de Legacy Community Health?  Sí  No

OTROS CONTACTOS	NOMBRE DE CONTACTO	RELACIÓN CON EL PACIENTE	NÚMERO DE TELÉFONO	IGUAL QUE EL CONTACTO DE EMERGENCIA	N/A
<i>El tutor legal principal es la persona designada por el tribunal para tomar decisiones sobre la atención sanitaria en lugar del paciente. Debe aportarse la documentación adecuada.</i>					
Tutor legal principal				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>El cuidador principal es la persona responsable de proporcionar los cuidados diarios al paciente.</i>					
Cuidador principal				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>El poder notarial es la persona designada por el paciente para tomar decisiones sanitarias en su lugar si éste no puede tomarlas por sí mismo.</i>					
Poder Notarial				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Individuo delegado para la comunicación es designada por el paciente para comunicarse en relación con mi atención sanitaria, lo que puede incluir información sobre mi diagnóstico médico, mi estado de elegibilidad y mis citas.</i>					
Individuo delegado				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FARMACIA PREFERIDA					
<input type="checkbox"/> Farmacia Legacy – Lyons	<input type="checkbox"/> Farmacia Legacy – Montrose	<input type="checkbox"/> Farmacia Legacy – Sharpstown			
<input type="checkbox"/> Si es otro:	Número de teléfono: _____	Dirección: _____	Ciudad/Estado: _____	Código Postal: _____	Condado: _____
¿TIENE DIRECTIVAS SANITARIAS?					
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Poder notarial médico	<input type="checkbox"/> Directivas para el médico y la familia (testamento vital)		
¿TIENE USTED O ALGÚN MIEMBRO DE SU FAMILIA COBERTURA DE MEDICAID, ¿MEDICARE, CHIP, PRESTACIONES PARA VETERANOS U OTRO SEGURO?					
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Si sí, ¿quién?: _____	¿Ha presentado su solicitud en los últimos 30 días? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

NOMBRE DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL (SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS)	RELACIÓN CON EL PACIENTE

OFFICE USE ONLY PATIENT ID NUMBER	
--------------------------------------	--

## INFORMACIÓN SOBRE EL GARANTE FINANCIERO (PERSONA RESPONSABLE DEL PAGO)

(  Si es la misma que la información del paciente, marque la casilla y pase a la información del titular de la póliza.)

NOMBRE		NÚMERO DE LA SEGURIDAD SOCIAL	
DIRECCIÓN	CIUDAD/ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CONDADO
FECHA DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		
NÚMERO DE TELÉFONO PRINCIPAL		OTRO NÚMERO DE TELÉFONO	
<input type="checkbox"/> Teléfono de casa <input type="checkbox"/> Teléfono móvil		<input type="checkbox"/> Teléfono de casa <input type="checkbox"/> Teléfono móvil	
SITUACIÓN LABORAL / ¿ESTÁ TRABAJANDO ACTUALMENTE?			
<input type="checkbox"/> Empleado a tiempo parcial <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo <input type="checkbox"/> Sin empleo			

## INFORMACIÓN SOBRE EL ASEGURADO

(  Si es el mismo que el paciente, marque la casilla y pase a Información sobre el seguro)

NOMBRE		NÚMERO DE LA SEGURIDAD SOCIAL	
DIRECCIÓN	CIUDAD/ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CONDADO
FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN DEL PACIENTE CON EL ASEGURADO/TOMADOR DEL SEGURO		
	<input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Padre /tutor <input type="checkbox"/> Otro:		
NÚMERO DE TELÉFONO PRINCIPAL		OTRO NÚMERO DE TELÉFONO	
<input type="checkbox"/> Teléfono de casa <input type="checkbox"/> Teléfono móvil		<input type="checkbox"/> Teléfono de casa <input type="checkbox"/> Teléfono móvil	

## INFORMACIÓN SOBRE SEGUROS MÉDICOS

¿QUÉ TIPO DE SEGURO TIENE?	
<input type="checkbox"/> Ninguno / Pago por cuenta propia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Seguro privado (HMO/PPO)	
Número ID del asegurado: _____	Número de grupo: _____
Nombre de seguro privado: _____	Proveedor PCP si póliza HMO: _____

## INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEADOR

EMPLEADOR NOMBRE DE LA EMPRESA			NÚMERO DE TELÉFONO
DIRECCIÓN	CIUDAD/ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CONDADO