MATTAPAN COMMUNITY HEALTH CENTER
1575 Blue Hill Avenue, Mattapan, MA 02126 | ph. 617-296-0061 | fax. 617-296-5408 | www.mattapanchc.org

COMPLETE CON SU INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN **MRN** _____

NOMBRE DEL PACIENTE en ID/seguro (apellido, primer y segundo nombre)	FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/aaaa)	EDAD	Sexo indicado en la identificación ☐ Mujer ☐ Hombre
DIRECCIÓN			
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
TELÉFONO PREFERIDO **TIPO** ☐ Móvil/Celular ☐ Hogar ☐ Trabajo		TELÉFONO ALTERNATIVO **TIPO** ☐ Móvil/Celular ☐ Hogar ☐ Trabajo	
CORREO ELECTRÓNICO		NOMBRE DEL PADRE/MADRE O TUTOR (si es menor de 18 años)	

¿Cómo describiría su género?

☐ Femenino/Mujer
☐ Masculino/Hombre
☐ Mujer trans o trans femenina
☐ Hombre trans o trans masculino
☐ No binario
☐ Género queer
☐ _____

¿Qué sexo estaba indicado en su primer certificado de nacimiento?

☐ Mujer
☐ Hombre

¿Cómo le gustaría que nuestro personal se refiera a usted?

Nombre: _____

Pronombres: _____

¿Cuál es su orientación sexual?

☐ Heterosexual
☐ Gay
☐ Lesbiana
☐ Bisexual
☐ Elijo no responder
☐ No sé
☐ _____
☐ Bisexual
☐ Queer
☐ Pansexual

PAÍS DE NACIMIENTO: _____

ORIGEN ÉTNICO:

☐ Hispano o latino (especificar: _____)
☐ No hispano o latino
☐ Elijo no responder
☐ No sé

MATTAPAN COMMUNITY HEALTH CENTER
1575 Blue Hill Avenue, Mattapan, MA 02126 | ph. 617-296-0061 | fax. 617-296-5408 | www.mattapanchc.org

RAZA

- ☐ Negro/ afroamericano
- ☐ Blanca
- ☐ Indio americano
- ☐ Asiático (especificar: _____)
- ☐ Nativo hawaiano
- ☐ OTRO Isleño del Pacífico
- ☐ Otro: _____
- ☐ Elijo no responder
- ☐ No sé

Prefiero hablar el siguiente idioma:

- ☐ Inglés
- ☐ Criollo haitiano
- ☐ Español
- ☐ Francés
- ☐ Otro:_____

Prefiero recibir comunicación escrita en:

- ☐ Inglés
- ☐ Criollo haitiano
- ☐ Español
- ☐ Francés
- ☐ Otro:_____

¿Es usted ciego o tiene serias dificultades para ver, incluso cuando usa gafas?

□ Sí □ No

¿Es usted sordo o tiene dificultad para oír?

□ Sí □ No

PACIENTES DE 5 AÑOS O MÁS:

Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene usted serias dificultades para concentrarse, recordar o tomar decisiones?

□ Sí □ No

¿Tiene dificultad para caminar o subir escaleras?

□ Sí □ No

¿Tiene dificultad para vestirse o bañarse?

□ Sí □ No

Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene dificultad para hacer recados solo, como visitar al médico o ir de compras?

□ Sí □ No

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	ESTADO CIVIL	¿TIENE SEGURO DE SALUD? ☐ Sí ☐ No
NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO MÉDICO		
NÚMERO DE PÓLIZA/ID DE MIEMBRO	NOMBRE DEL SUSCRIPTOR Y RELACIÓN CON EL PACIENTE	
¿TIENE UN SEGUNDO SEGURO DE SALUD? ☐ Sí ☐ No	NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL SEGUNDO SEGURO MÉDICO NÚMERO DE PÓLIZA/ID DE MIEMBRO	

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Teléfono: _____

Relación: _____

MATTAPAN COMMUNITY HEALTH CENTER
1575 Blue Hill Avenue, Mattapan, MA 02126 | ph. 617-296-0061 | fax. 617-296-5408 | www.mattapanchc.org

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO - TODA LA INFORMACIÓN ES CONFIDENCIAL

1. **El abajo firmante autoriza por el presente a los médicos, cirujanos, enfermeras practicantes, parteras, personal de salud conductual, dentistas, higienistas, asistentes odontológicos y asistentes médicos que ejercen en Mattapan Community Health Center a brindar tratamiento médico, dental, de salud mental y quirúrgico menor según sea necesario y adecuado, incluida la administración de anestesia local.**

2. **El abajo firmante autoriza a Mattapan Community Health Center a divulgar la información que sea necesaria para completar los formularios de seguro y facturación.**

3. **Además, acepto permitir que Mattapan Community Health Center comparta información médica con hospitales o centros de atención médica en caso de que sea remitido para recibir tratamiento.**

_____ _____

Firma del paciente, padre/madre o tutor legal | Relación

_____ _____

Firma del testigo | Fecha