



FORMULARIO DE REGISTRO

Valley Family Health Care (VFHC) es un Centro de Salud Federalmente Calificado y recibe fondos federales de conformidad con la Sección 330 de la Ley de Servicios de Salud Pública. Estamos obligados a recopilar información sobre edad, sexo, raza, orientación sexual, ingresos y tamaño de la familia sólo con fines estadísticos. No se facilita información individual.

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre:		Segundo nombre:		Apellido:	
Nombre Preferido:		SSN:		Fecha De Nacimiento: / /	
Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer		Orientación sexual: ☐ Hetero ☐ Lesbiana ☐ Gay ☐ Bisexual ☐ Desconocido ☐ Otro ☐ Prefiero no revelar		¿Cuáles son sus pronombres? ☐ El ☐ Ella ☐ Ellos ☐ Prefiero no revelar ☐ Otro:	
Dirección:			Ciudad:		Estado:
Dirección postal:			Ciudad:		Estado:
Teléfono:		¿Están bien los mensajes de texto? ☐ Sí ☐ No		Podemos contactarte por teléfono, mensaje de texto o correo electrónico para darte actualizaciones sobre tu atención—como citas, facturación, recetas, información de salud, cambios en proveedores o clínicas, el portal del paciente o marketing ocasional. Favor de dejarnos saber cómo prefieres que te contactemos.	
¿Desea acceder al Portal del Paciente? ☐ Sí ☐ No		En caso afirmativo, ¿cómo desea recibir la invitación? ☐ Correo electrónico ☐ Texto			
Correo electrónico:					
Nombre y número de teléfono de su Doctor Primario:					

Estado civil: ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a ☐ Separado/a ☐ Pareja ☐ Otro/Desconocido

Como Centro de Salud Federalmente Calificado, estamos OBLIGADOS a recopilar la siguiente información para ayudarnos a mejorar la atención y reducir los costos para todos. Su información personal NO SE COMPARTE. Por favor ayúdenos contestando las siguientes preguntas.

Etnicidad	☐ Otro origen hispano, latino o español		☐ Cubano		☐ Múltiples orígenes hispanos, latinos o españoles	
	☐ Mexicano, mexicanoamericano o chicano		☐ No hispanos o latinos		☐ Puertorriqueño ☐ Desconocido	
Raza	☐ Nativo de Alaska		☐ Indígena americano		☐ Indio asiático	
	☐ Filipino		☐ Guamanés o Chamorro		☐ Japonés	
	☐ Isleño del Pacífico		☐ Samoano		☐ Coreano	
☐ Caucásico		☐ Vietnamita		☐ Hawaiano nativo		
☐ Otro:		☐ Otro asiático				
Marque una opción:		☐ Empleado ☐ Autoempleado ☐ Desempleado ☐ Jubilado ☐ Discapacitado ☐ Menor ☐ Por Temporada				
Nombre de Empleado:				Teléfono del empleador:		
¿Cuál es su idioma preferido? ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro:				¿Necesita un intérprete? ☐ Sí ☐ No		
Veterano	¿Eres un veterano? ☐ Sí ☐ No					
Vivienda: ☐ Propio/ Alquilado ☐ Refugio para Indigentes ☐ Hogar Temporario ☐ Cohabitando ☐ Calle ☐ Desconocido ☐ Otro:						
Campeños	En los dos últimos años, ¿ha trabajado usted o algún miembro de su familia en la agricultura (campos, huertos, etc.) como principal fuente de ingresos? ☐ Sí ☐ No					
	En caso afirmativo, ¿esta persona cambia de residencia como parte de su trabajo? ☐ Sí ☐ No					

PERSONA RESPONSABLE (LEGAL Y/O FINANCIERA)

Nombre del responsable Primer nombre:		Segundo nombre:		Apellido:	
☐ Yo	☐ Padre/Guardian	☐ Otro:		Fecha de Nacimiento: / /	
Correo electrónico:				Teléfono:	
Dirección:			Ciudad:		Estado:
Empleador:			Número de Teléfono:		
¿Tiene seguro médico o dental? ☐ Sí ☐ No			En caso afirmativo, nombre de la compañía de seguros:		

TARIFAS REDUCIDAS

Ingresos familiares	Los ingresos anuales de nuestra familia antes de impuestos son \$_____.	
	Hay #_____ personas de mi hogar (incluido yo mismo). ☐ Decida no divulgar	
¿Le interesa solicitar nuestras tarifas reducidas (aunque esté asegurado)? ☐ No ☐ Sí (se solicitará prueba de ingresos)		

INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA EMERGENCIAS

Nombre:	
Teléfono:	Relación al paciente:
Nombre y relación con el paciente de la persona que rellena este formulario:	
Firma del paciente/tutor legal:	Fecha:

Cumplimos las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminamos por motivos de raza, color, origen étnico, condición de ciudadanía, nacionalidad, sexo, identidad de género, orientación sexual, edad, discapacidad, religión o cualquier otra condición protegida por la ley.