Family Health Services	Título: Admisión del Paciente TELÉFONO: 419-502-2800 • FAX: 419-502-2821	ID #: FD1000 Vigente: 11/07/2025 Página: 1

Family Health Services (FHS) es un Centro de Salud Calificado a Nivel Federal (FQHC), y estamos obligados a hacer las siguientes preguntas. Toda la información permanecerá confidencial y se utilizará únicamente con fines informativos. Los formularios de admisión del paciente y los consentimientos deberán actualizarse anualmente.

APELLIDO:	PRIMER NOMBRE:	MI:
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA):	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:	
DIRECCIÓN:		
CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:
TELÉFONO CELULAR:	TELÉFONO DE CASA:	TELÉFONO DEL TRABAJO:
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:		
NOMBRE DEL CONTACTO DE EMERGENCIA:	TELÉFONO DEL CONTACTO DE EMERGENCIA:	RELACIÓN CON EL PACIENTE:

¿ES USTED VETERANO?: ☐ SÍ ☐ NO	¿NO TIENE HOGAR?: ☐ SÍ ☐ NO	¿ES RESIDENTE DE VIVIENDA PÚBLICA?: ☐ SÍ ☐ NO

ESTADO DE TRABAJADOR MIGRANTE: En los últimos dos años, ¿usted o un miembro de su familia ha trabajado en campos, huertos, invernaderos, granjas, viñedos, empacadoras o con animales como ganado, productos lácteos, ovejas, aves de corral, criaderos de peces, etc.? ☐ SÍ ☐ NO	¿ES USTED UN TRABAJADOR AGRÍCOLA DE TEMPORADA?: ☐ SÍ ☐ NO

SEXO ASIGNADO AL NACER: ☐ MASCULINO ☐ FEMENINO ☐ DESCONOCIDO	PRONOMBRES: ☐ ÉL/ÉL/SU/SU/ÉL MISMO ☐ ELLA/ELLA/SU/SU/ELLA MISMA ☐ ELLOS/ELLOS/SU/SU/ELLOS MISMOS ☐ ZE/ZIR/ZIR/ZIRS/ZIRSELF ☐ XIE/HIR ("AQUÍ")/HIR/HIRS/HIRSELF ☐ OTRO: _____	ORIENTACIÓN SEXUAL: ☐ LESBIANA, GAY U HOMOSEXUAL ☐ HETEROSEXUAL ☐ BISEXUAL ☐ NO LO SÉ ☐ ELIGE NO REVELAR ☐ ALGO MÁS: _____

IDENTIDAD DE GÉNERO: ☐ HOMBRE ☐ MUJER ☐ DE MUJER A HOMBRE (FTM)/HOMBRE TRANSGÉNERO ☐ DE HOMBRE A MUJER (MTF)/MUJER TRANSGÉNERO ☐ GENDERQUEER, NI EXCLUSIVAMENTE HOMBRE NI MUJER ☐ ELIGE NO REVELAR ☐ OTRO: _____	INGRESOS ANUALES DEL HOGAR: ☐ $0 - $25,000 ☐ $25,001 - $50,000 ☐ $50,001 - $100,000 ☐ $100,001 - $150,000 ☐ $150,001 + ☐ DESCONOCIDO

¿TIENE UN VEHÍCULO PARA TRANSPORTARSE? ☐ SÍ ☐ NO	¿TIENE UN TESTAMENTO VITAL?: ☐ SÍ (POR FAVOR PROPORCIONE UNA COPIA) ☐ NO	¿TIENE UN PODER NOTARIAL PARA ATENCIÓN MÉDICA?: ☐ SÍ (POR FAVOR PROPORCIONE UNA COPIA) ☐ NO

ESTADO CIVIL: ☐ DIVORCIADO ☐ CASADO ☐ PAREJA ☐ SOLTERO ☐ DESCONOCIDO ☐ VIUDO ☐ LEGALMENTE SEPARADO	IDIOMA PRINCIPAL: ☐ INGLÉS ☐ ESPAÑOL ☐ OTRO: _____ ¿SE NECESITA UN TRADUCTOR?: ☐ SÍ ☐ NO

RAZA: (PUEDE MARCAR MÁS DE UNA) □ INDIO AMERICANO/NATIVO DE ALASKA □ ASIÁTICO □ NEGRO/AFROAMERICANO □ NATIVO DE HAWÁI □ BLANCO □ ELIGIÓ NO REVELAR □ OTRO: _____	ETNIA: □ HISPANO O LATINO □ NO HISPANO O LATINO □ ELIGIÓ NO REVELAR □ OTRO: _____

¿CUÁL ES SU FARMACIA PREFERIDA?
NOMBRE DE LA FARMACIA: CIUDAD: NÚMERO DE TELÉFONO: ¿CÓMO SE ENTERÓ DE LOS SERVICIOS DE SALUD FAMILIAR?

□ DE UN AMIGO □ DE UN PACIENTE ACTUAL □ COMPAÑÍA DE SEGUROS

□ EVENTO COMUNITARIO □ REDES SOCIALES (FACEBOOK, INSTAGRAM, ETC) □ HOSPITAL U OTRO PROVEEDOR □ VALLA PUBLICITARIA □ PERIÓDICO □ RADIO □ CONTACTADO POR FHS □ OTRO: _____

SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD, COMPLETE LA SECCIÓN A CONTINUACIÓN CON LA INFORMACIÓN DE LOS PADRES/TUTORES LEGALES

APELLIDO:	PRIMER NOMBRE:	IN:
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA):	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:	
NÚMERO DE TELÉFONO:	RELACIÓN CON EL PACIENTE:	
APELLIDO:	PRIMER NOMBRE:	IN:
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA):	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:	
NÚMERO DE TELÉFONO:	RELACIÓN CON EL PACIENTE:	

¿EL PACIENTE TIENE SEGURO? □ SÍ □ NO

Si SÍ, complete la información a continuación y presente la tarjeta de identificación del paciente (licencia de conducir, identificación estatal) así como el seguro tarjeta(s). Para menores de edad, presente la tarjeta de identificación de los padres o tutores legales (licencia de conducir, identificación estatal).

Si NO, un defensor del paciente se pondrá en contacto con usted para hablar sobre la inscripción al seguro, las escalas de tarifas variables y/u otras opciones de pago.

PARA CLÍNICAS ESCOLARES: Se pueden hacer copias de las tarjetas de identificación y las tarjetas de seguro en la escuela o se puede enviar una foto (delantera y trasera de cada tarjeta) por correo electrónico a clinicinfo@familyhs.org.

INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIMARIO:

COMPAÑÍA DE SEGUROS:	NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA:	
DIRECCIÓN POSTAL DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS:		
CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:
NÚMERO DE PÓLIZA:	NÚMERO DE GRUPO:	
FECHA DE VIGENCIA (MM/DD/AAAA):	FECHA DE VENCIMIENTO (MM/DD/AAAA):	

INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIO: (SI APLICA)

COMPAÑÍA DE SEGUROS:	NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA:	
DIRECCIÓN POSTAL DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS:		
CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:
NÚMERO DE PÓLIZA:	NÚMERO DE GRUPO:	
FECHA DE VIGENCIA (MM/DD/AAAA):	FECHA DE VENCIMIENTO (MM/DD/AAAA):	

INFORMACIÓN DEL GARANTE/RESPONSABLE (SI NO ES EL PACIENTE)			
APELLIDO:	NOMBRE:		INICIAL:
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA):	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:		
DIRECCIÓN:			
CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:	
TELÉFONO:	EMPLEADOR:	RELACIÓN AL PACIENTE:	
DIRECCIÓN DE FACTURACIÓN DEL PACIENTE (SI LA DIRECCIÓN ES DIFERENTE DE LA DIRECCIÓN POSTAL DEL PACIENTE)			
DIRECCIÓN O APARTADO POSTAL:			
CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:	

Al firmar a continuación, doy permiso a Family Health Services para facturar a mi seguro por los servicios prestados. Es mi responsabilidad asegurar que Family Health Services tenga mi información de seguro más actual. También entiendo que si hay un saldo después de que el seguro procese el reclamo, la persona que figura arriba como garante/responsable recibirá un estado de cuenta. Entiendo que Family Health Services ofrece una escala de tarifas variables a todos los pacientes. Los niveles de las escalas de tarifas variables se publican dentro de las clínicas y hay copias disponibles a pedido. Puedo solicitar en cualquier momento una solicitud para la escala de tarifas variables de Family Health Services.

FIRMA:	FECHA:
NOMBRE IMPRESO:	