



COMMUNITY HEALTH & WELLNESS PARTNERS

Care... To Live Life Fully

Nombre legal del paciente Primer nombre Inicial del segundo nombre Apellido

Nombre preferido: _____ Fecha de nacimiento: _____ N.º del Seguro Social _____

Dirección Ciudad: Estado: Código postal:

Teléfono del domicilio: _____ Teléfono móvil: _____

Correo electrónico: _____

Medio de contacto preferido: Teléfono Correo electrónico Mensaje de texto

Estado civil: _____

Contacto de emergencia: _____ Número de teléfono: _____ Relación: _____

Raza: _____ Etnia: _____ Género al momento de nacer: Masculino o femenino

Orientación sexual: _____ Identidad de género: _____ Transgénero, hombre o mujer: _____

Idioma preferido:

___ Inglés ___ Español ___ Francés ___ Alemán ___ Ruso ___ Otro ___ Lengua de señas

Sin hogar: sí o no. Si la respuesta es sí, ¿dónde vive? _____

Niño en situación de acogida: sí o no. Si la respuesta es sí, proporcione todos los documentos adecuados antes de programar la cita.

¿Necesita ayuda con el transporte? Sí ___ No ___ ¿Cuenta con dispositivos de asistencia? _____

¿Es un veterano? Sí ___ No ___ ¿Es un trabajador migrante? Sí ___ No ___

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Seguro principal: _____ Titular de la póliza: _____

Relación con el paciente: _____ Copago: _____

Número de la identificación: _____ Número del grupo: _____

Seguro secundario: _____

Proporcione **TODAS** las tarjetas de seguro al momento de la consulta o envíe un correo electrónico a billinginfo@chwplc.org