



## Registro de Pacientes VCC

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Nombre Preferido \_\_\_\_\_

Sexo  Hombre  Mujer  Indefinido Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Seguro de Salud \_\_\_\_\_ # de Póliza \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Domicilio o Apartado postal \_\_\_\_\_ Apto # \_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ Correo-e (Email) \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Teléfono Celular ( ) \_\_\_\_-\_\_\_\_ Teléfono De Casa ( ) \_\_\_\_-\_\_\_\_

Idioma Preferido:  Bilingüe  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, por favor avisar a:

Nombre \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_ Telefono # ( ) \_\_\_\_-\_\_\_\_

### Las preguntas siguientes son requeridas para reportes del gobierno (Federal)

#### Raza:

- Blanca
- Indio Americano / Nativo de Alaska
- Asiático
- Afro Americano
- Isleño del Pacífico / Nativo Hawaiano
- Más de una raza

#### Donde vive?

- Viviendo con amigos o familia temporalmente
- Refugio (sin hogar)
- En la calle, carro, carpa
- Transicional (Hogar temporal)
- Hogar Permanente

**Etnicidad:**  No-Hispano  Hispano  Prefiero no Contestar

#### Es usted Veterano de Guerra?

Si  No

**Barrera del idioma:**  Si  No  
 Prefiero no Contestar

#### Pri Care de vivienda pública

Si  No

#### En los últimos 24 meses...

- Mi trabajo principal ha sido agrícola, y necesito una vivienda temporal para poder trabajar (Migrant)
- Mi trabajo principal ha sido agrícola, y NO necesito una vivienda temporal para trabajar. (Seasonal)
- No soy un trabajador agrícola.

**Por favor envíe las recetas para mis medicamentos a la siguiente farmacia:**

#1 – Farmacia preferida \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

#2 – Farmacia Secundaria \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

**Si el paciente es menor, se necesita la información del responsable. Por favor conteste lo siguiente:**

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Medio \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Apto# \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Idioma Preferido  Ingles  Español  Otro \_\_\_\_\_

**Orientación Sexual e Identidad de Genero  
(Requerida solo si tiene 18 años o más)**

**Sexo Actual**

Femenino  Masculino  Indeferenciado

**Orientación Sexual**

- Heterosexual  
 Bisexual  
 Lesbiana, gay u homosexual  
 Otra, especifique: \_\_\_\_\_  
 No se  
 Prefiero no contestar

**Identidad de Genero**

- Masculino  
 Femenino  
 Femenino-a-Masculino (FTM)/  
 /Transgenero Masculino/Trans Hombre  
 Masculino-a-Femenino (MTF)  
 Transgenero Femenino/Trans Mujer  
 Género-queer, ni Masculino ni Femenino  
 Genero categoría adicional u otra, por  
 favor especifique \_\_\_\_\_

**Pronombre Preferido**

- El, de El  Ze, Hir  Prefiero no contestar  Otro(a) \_\_\_\_\_  
 Ella, de Ella  Ellos, de Ellos o Ellas  Desconocido