

## Registro de Nuevos Pacientes

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Pueblo/Ciudad: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

¿Si es menor de 18 años, ¿quién tiene su custodia legal?

Madre\*       Padre\*       Ambos padres       DCF\*       Tutor legal\*

Nombre (s): \_\_\_\_\_

*\*Si ambos padres no tienen la custodia legal, o si otra persona tiene la custodia temporal o permanente, requerimos la documentación legal adecuada.*

¿Qué idioma prefieres? Hablar: \_\_\_\_\_ Escribir: \_\_\_\_\_

¿Necesita un intérprete?     Sí     No

¿Eres estudiante de la Universidad Estatal de Fitchburg?     Sí, vivo en el campus     Sí, vivo fuera del campus     No

¿Podemos enviarle un correo electrónico de activación para una cuenta de MyChart?     Sí     No

*Esta es la forma más rápida y fácil de comunicarse con sus proveedores, solicitar resurtidos de medicamentos, programar citas, obtener acceso a su información de salud y más. (\*Utilizado por todos los servicios excepto el dental)*

**Me gustaría recibir servicios en:**

**Fitchburg CHC**  
326 Nichols Rd,  
Fitchburg

**ACTION CHC**  
130 Water St,  
Fitchburg

**Greater Gardner CHC**  
175 Connors St,  
Gardner

**Leominster CHC**  
165 Mill St,  
Leominster

**South Gardner CHC**  
529 Timpany Blvd,  
Gardner

**Me gustaría recibir:**

Médico       Dental       Salud Conductual       Optometría

Servicios para abuso de sustancias       Podología       Nutrición       Acupuntura

### Contacto en caso de emergencia

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_



Como centro de salud comunitario, estamos obligados a recopilar datos cada año sobre los pacientes que atendemos. Su información de identidad personal (nombre y fecha de nacimiento) es altamente confidencial y no se incluirá en los resultados de la encuesta ni se informará a ninguna agencia. (2025)

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

**¿Cuál es su identidad de género actual? (Por favor, marque aquí):**

- Mujer  Hombre  Hombre transgénero/Hombre transgénero/Masculino transgénero  
 Otro  Decidió no revelar  Mujer transgénero/Mujer transgénero/Femenino transgénero

**¿Qué sexo se le asignó al nacer en su certificado de nacimiento original? (Por favor, marque aquí):**

- Femenino  Masculino

**Pronombres preferidos (Por favor, margue aquí):**

- Ella/su/suya  él/él/su  Ellos//ellos/suyos  
 Nombre del paciente  Se niega a responder  Desconocido/a  Otro/a \_\_\_\_\_

**¿Se considera a sí mismo como? (Por favor, haga clic aquí):**

- Heterosexual  Lesbiana, gay o Homosexual  Bisexual  
 Otra cosa  Decidió no revelar  No sè

**¿Qué raza(s) le representa(n) mejor? (Marque todas las que correspondan)**

- Asiático Indio  Coreano  Otros isleños del Pacífico  Indio americano/nativo americano o nativo de Alaska  
 Chino  Vietnamita  Guameño o Chamorro  Blanco  
 Filipino  Otros asiáticos  Samoano  No declarado  
 Japonés  Nativo de Hawaii  Negro/Afroamericano

**Qué etnia le representa mejor (Marque todas las que correspondan):**

- Cubano  Mexicano, mexicano-americano, chicano/a  No hispano, latino/a o de origen español  
 Puertorriqueño  Otro origen hispano, latino/a o de origen español  Sin declarar/rechazado

**¿Es usted veterano?**  Sí  No

**¿Cuántos miembros de la familia hay en su casa?** \_\_\_\_\_

**¿Cuáles son sus ingresos?** \$ \_\_\_\_\_  Anualmente  Mensualmente  Semanalmente

**¿Cuál es su situación actual de vivienda?**

- Propietario o alquila  Albergue para personas sin hogar  Vivienda de apoyo permanente  
 Doble *(Vivir con otras personas en una situación que es temporal e inestable)*  
 Vivienda de transición *(Alojamiento prolongado, pero temporal, utilizado para la transición desalojo)*  
 Calle *(Vivir a la intemperie, en un vehículo, en un campamento, en una vivienda/refugio improvisado o en otros lugares que generalmente no se consideran seguros o aptos para la ocupación humana)*

**Es su situación de vivienda:**  Sección 8  Vivienda pública  No es una vivienda pública

**¿Es usted un trabajador inmigrante?**

- No  
 Migrante Empleado en los últimos 24 meses, con residencia temporal establecida para el empleo  
 Estacional Empleado en los últimos 24 meses, de forma estacional, sin desplazarse de su residencia