

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