



Patient Information

# de Seguro Social: <input type="checkbox"/> Rehusó		Primer Nombre (en tarjeta de seguro medico)		Apellido: (en tarjeta de seguro medico)	
Nombre a Usar:				Pronombre Preferido: <input type="checkbox"/> El <input type="checkbox"/> Ella <input type="checkbox"/> Ellos	
Cuál es el sexo en acta de nacimiento?: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N o X					
Genero & Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre Trans <input type="checkbox"/> Mujer Trans <input type="checkbox"/> Genero queer <input type="checkbox"/> Non -Binario					
Identidad de genero actual: <input type="checkbox"/> Identidad diferente (por favor especifica): _____					
Orientación sexual: <input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana/Gay/Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual/Pansexual <input type="checkbox"/> Queer <input type="checkbox"/> Desconocida(o) <input type="checkbox"/> No Deseo Informar <input type="checkbox"/> Identidad diferente (por favor especifica) _____					
Fecha de Nacimiento: Mes/Día/Año: _____ / _____ / _____					
Raza: <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negarse a Informar					
Etnicidad <input type="checkbox"/> Otro Hispanio, Latino o Origen Español: _____ <input type="checkbox"/> No Hispanio/Latino <input type="checkbox"/> Negarse a Informar					
Idioma Preferido: <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Arabe <input type="checkbox"/> Otro, (por favor especifica): _____					
Dirección /Ciudad/Estado/Código Postal:					
Correo Electrónico:				Como supiste de nosotros?	
Teléfono de casa: <input type="checkbox"/> Preferido		Celular <input type="checkbox"/> Preferido		Trabajo <input type="checkbox"/> Preferido	
				¿Desea utilizar recordatorios por mensajes de texto de Borrego Health? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO	
¿Es Borrego Health su proveedor de atención primaria? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				Nombre del Medico:	
Programa de Descuento (Sliding Fee Scale): Puede calificar para recibir asistencia para pagar servicios de salud		# de Miembros en la familia: _____ Sueldo Mensual: _____		Gustaría aplicar para el programa de Sliding Fee Scale? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Estado de la vivienda:		<input type="checkbox"/> Tengo Vivienda (Rento, Compro) <input type="checkbox"/> Comparto Vivienda <input type="checkbox"/> Refugio para Indigentes <input type="checkbox"/> Vivienda Publica <input type="checkbox"/> Vivo en la calle <input type="checkbox"/> Vivienda Transicional			
Estado Agrícola:		¿Ha trabajado usted o alguien en su hogar en el campo en los ultimos 2 años? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
Estatus de Veterano:		¿Eres veterano de las Fuerzas Armadas de los EU? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Dependiente de un Veterano? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
Seguro Médico:			ID de Miembro:		
Información de Contacto de Emergencia					
Primer Nombre:			Apellido:		
Relación:		Teléfono de Casa		Celular:	
Menor de 18 -Padre/Guardián Legal/Persona Responsable:					
Primer Nombre:			Apellido:		Fecha de Nacimiento:
Dirección: <input type="checkbox"/> Igual que paciente			Teléfono de Casa		Celular:
Información-Padre Adicional					
Primer Nombre:			Apellido:		
Relación con el Paciente:		Teléfono de Casa		Celular:	
Farmacia Preferida:			Cuando fue su última visita dental?		
Dirección de Farmacia:			Nombre de Dentista:		
Discapacidad Auditiva? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No		Discapacidad Visual? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No		Le gustaría utilizar el Portal de Pacientes de Borrego Health (Solo 18+) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Certifico que la información que proporcione a Borrego Health es verdadera según mi leal saber y entender. Reconozco que al firmar este formulario me convierto en paciente de Borrego Health.					
Firma de Paciente/ Padre/ Guardián Legal: _____					Fecha: _____
FOR OFFICE USE ONLY		PLEASE "PRINT" INITIAL		USE BLACK INK ONLY	
REG CSR:		Scanning CSR:		Patient#:	