



Formulario anual de admisión de pacientes del Sistema de Datos Uniforme

Esta información se utiliza para mejorar los resultados de salud y el desempeño del centro de salud. Si necesita ayuda con este formulario, por favor avisenos. Cuando haya terminado, por favor devuélvalo al personal de registro.

Fecha de Hoy: _____

Apellido:	Nombre:	Correo electrónico:	Fecha de nacimiento:
Pronombres: ☐ Él/Él ☐ Ella/Ella ☐ Ellos/Elos ☐ Otro (por favor especifique): _____ ☐ Se negó a especificar			
Orientación sexual (¿Se considera una persona?): ☐ Heterosexual (straight) ☐ Lesbiana, gay u homosexual ☐ Bisexual ☐ Otra cosa (por ejemplo, queer, pansexual, asexual) ☐ Se negó a especificar			
Identidad de género (¿Se considera una persona?): ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Genderqueer: ni exclusivamente masculino ni femenino ☐ Transgénero(hombre a mujer)Mujer trans ☐ Transgénero(mujer a hombre)Hombre trans ☐ Se negó a especificar			
Cuál es su raza (seleccione/especifique la más precisa)? ☐ Afroamericana o negra ☐ Blanca ☐ Asiática ☐ India americana ☐ Pueblos indígenas ☐ Oriente Medio o África del Norte ☐ Nativa de Hawái o de las islas del Pacífico ☐ Se negó a especificar			
¿Cuál es su origen étnico? (Marque todas las opciones que correspondan) ☐ No hispano ☐ Hispano ☐ Se negó a especificar			
¿Cuál es su idioma principal (hablado/escrito)? ¿Necesita un intérprete? ☐ Sí ☐ No ☐ Inglés ☐ Español ☐ Árabe ☐ ASL ☐ Birmano ☐ Cantonés ☐ Chin ☐ Chino ☐ Farsi ☐ Francés ☐ Hausa ☐ Hindú ☐ Italiano ☐ Karen ☐ Kinyarwanda ☐ Kinyamulenge ☐ Mandarín ☐ Ruso ☐ Somalí ☐ Tigrña ☐ Turco ☐ Ucraniano ☐ Vietnamita ☐ Otro(especifique): _____			
Estado de veterano: ¿Actualmente sirve o ha servido en el ejército? ☐ Sí ☐ No ☐ No corresponde ☐ Elijo no contestar			
¿Es usted un trabajador migrante o dependiente de un trabajador migrante? ☐ Sí ☐ No ☐ Elijo no contestar			
¿Es un trabajador de temporada o dependiente de un trabajador de temporada? ☐ Sí ☐ No ☐ Elijo no contestar			
Vivienda pública (incluye viviendas para personas de bajos ingresos desarrolladas, propias o asistidas por agencias, proyectos de financiación mixta y vales de vivienda de la sección 8): ☐ Sí ☐ No ☐ Elijo no contestar			
¿Estás sin hogar? ☐ Sí ☐ No Si no tiene hogar, ¿cómo vive? ☐ Vivo con otras personas ☐ Transicional ☐ Refugio ☐ Calles ☐ Otro: _____			
Número de personas en el hogar : _____			
¿Cuál es su ingreso anual? Marque una opción ☐ \$0-\$15, 960 ☐ \$15, 96 -\$21, 640 ☐ \$21, 641 - \$27,320 ☐ \$27, 321 - \$33,000 ☐ \$33, 001 - \$38, 680 ☐ \$38, 68 - \$44, 360 ☐ \$44, 361 - \$50, 040 ☐ \$50, 041 - \$55, 720 ☐ \$55, 721 o más			
Solo para planificación familiar Grado mayor que completó: _____ Tiene seguro de salud: _____ ¿Recibe atención médica en otro lugar? _____			

Patient/Parent or Guardian Signature: _____