

Oakland Integrated Healthcare Network
Patient Intake Form

Fecha de Hoy		Apellido		Nombre	
Fecha De Nacimiento			Numero de Seguro Social		- -
Dirección				Numero de Apartamento	
Ciudad			Estada	Código	
Teléfono de Casa			Teléfono Móvil		
Padres o Guardián			Relación		
Género al Nacer	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	Corriente Género	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Hombre Transgénero (Mujer a hombre) <input type="checkbox"/> Mujer Transgénero (Hombre a mujer) <input type="checkbox"/> Elijo no describir	
Orientación Sexual	<input type="checkbox"/> Derecho/ Heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana o Gay <input type="checkbox"/> Bisexual		<input type="checkbox"/> Algo más <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Eligio no divulgar		
Raza	<input type="checkbox"/> Indio Americano/ Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico		<input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiana / Otros Pacifica Islandés <input type="checkbox"/> Niego a Reportar		
Etnicidad	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No latino/hispano <input type="checkbox"/> Me niego a informar		Idioma con el que te sientes más cómodo	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro : _____	
Estado Matrimonial	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo				
Situación de Vida	<input type="checkbox"/> Propia/renta casa <input type="checkbox"/> Sin Hogar <input type="checkbox"/> Otro: _____				
Eres un Veterano	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Empleo Agrícola	<input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> Estacional <input type="checkbox"/> Empleado todo el ano		
Contacto de Emergencia	Nombre: _____ Relación _____ Numero: _____				
Seguro Primario	Nombre de la Compania de Seguros : _____ Fecha Efectiva: _____ Nombre de Asegurado : _____ Número de Policía: _____ Numero de Grupo/Plan : _____				
Seguro Secundario	Nombre de la Compania de Seguros : _____ Fecha Efectiva : _____ Nombre de Asegurado : _____ Número de Policía: _____ Numero de Grupo/Plan : _____				
<input type="checkbox"/> El paciente ha dado su consentimiento verbal a una visita de telesalud					

*Si es posible, solicite al paciente que firme abajo

Firma del Paciente: _____ Date: _____